

*Die interne Qualitätsorientierung als Ausgangspunkt zur  
Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems  
bei Dienstleistern im Gesundheitswesen*

Von der Gemeinsamen Naturwissenschaftlichen Fakultät  
der Technischen Universität Carolo-Wilhelmina  
zu Braunschweig

zur Erlangung des Grades eines  
Doktors der Naturwissenschaften  
(Dr. rer. nat.)

genehmigte

D i s s e r t a t i o n

von       *Andreas Selck*  
aus       Hoya

- 1. Referent      Prof. Dr. Heiner Erke
- 2. Referent      Prof. Dr. Dieter Lüttge

eingereicht am: 17. August 2000

mündliche Prüfung (Disputation) am: 14. November 2000

## Vorwort

Einen ersten Impuls zu dieser Arbeit bekam ich bereits im Jahr 1993. Damals absolvierte ich im Rahmen meines Studiums ein Praktikum in der Rehabilitationsklinik Klausenbach in Nordrach. Dort lernte ich den Ergotherapeuten Siegfried Hodler kennen, der mir die Möglichkeit gab, erste Einblicke in ergotherapeutische Tätigkeiten zu bekommen. Für seine freundschaftliche Unterstützung möchte ich ihm an dieser Stelle herzlich danken.

Für das weitere Vorangehen auf diesem Weg gilt mein Dank Dipl.-Psych. Ute Steding-Albrecht, mit der ich zu dieser Zeit Seminarkonzepte zum wissenschaftlichen Arbeiten in der Ergotherapie entwickelte, die im Rahmen einer Fortbildungsreihe des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e.V. umgesetzt wurden.

Im Kontakt mit Rega und Udo Schaefgen war es mir möglich, Fortbildungen zum Thema Testgrundlagen, Dokumentation und Qualitätsmanagement zu konzipieren und für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten anzubieten. Vielen Dank für Eure Unterstützung.

Im so geschaffenen persönlichen Bezug zum Anwendungsfeld konnte die Erforschung im Rahmen dieser Arbeit Ende 1996 beginnen.

Auf dem Weg von der ersten Konzeption bis zur Fertigstellung im August 2000 gab es viele Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, die mich in der persönlichen Auseinandersetzung mit dem Thema unterstützten. Ohne den Mut ihr Arbeitsfeld zu öffnen und ihr engagiertes Mitmachen in den Veränderungsprozessen wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Herr Prof. Dr. Heiner Erke hat als Mentor diese Promotion begleitet. Ihm danke ich für die aktive Betreuung einer Arbeit in einem organisationspsychologisch eher exotischen Anwendungsfeld. Aufgrund seiner zahlreichen Rückmeldungen wurde ich angeregt, in „*rollender Planung*“ die Arbeit kontinuierlich zu verbessern.

Herrn Prof. Dr. Dieter Lüttge danke ich herzlich für seine Mühe als Zweitgutachter.

Ich danke meiner Frau Moan, die mir bei der Fertigstellung dieser Arbeit jederzeit den Rücken frei hielt, indem sie die Betreuung unseres Sohnes Kerim übernahm.

Braunschweig, im Herbst 2000

Andreas Selck

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Die kontinuierliche Suche nach Möglichkeiten, das eigene Handeln zu verbessern</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Dienstleistungen und Qualitätsorientierung</b>	<b>4</b>
2.1	Annäherung an den Qualitätsbegriff	4
2.2	Kennzeichen von Dienstleistungen	7
2.2.1	Kennzeichen aus betriebswirtschaftlicher und soziologischer Sicht	7
2.2.2	Kennzeichen aus psychologischer Sicht	12
2.3	Qualitätsorientierung und individueller Standort	13
2.4	Der Blick von außen auf das System: das Modell von Donabedian	15
2.5	Qualitätsmodelle mit Fokussierung von innen nach außen	16
2.5.1	Das Dienstleistungsqualitätsmodell von Grönroos	17
2.5.2	Das Qualitätsmodell von Zeithaml, Berry und Parasuraman	18
2.5.3	Das Dienstleistungsqualitätsmodell von Meyer und Mattmüller	23
2.6	Qualitätsmodelle mit dem Fokus von außen nach innen	27
2.6.1	Das Modell von Bitner	27
2.6.2	Das Modell von Klaus	29
2.6.3	Das Strukturmodell der Dienstleistung von Nerdinger	31
2.7	Basisannahmen des Fokussierungs-Prozess-Modells als personal ausgerichtetes Qualitätsmodell	34
2.7.1	Der weite Weg vom Wunsch zur Veränderung zum Handeln	34
2.7.2	Selbstregulation und Selbstmanagement	38
2.7.3	Ebenen der Qualitätsorientierung im Fokussierungs-Prozess-Modell	40
2.7.4	Die internale Qualitätsorientierung als Erweiterung des GAP-Modells	41
<b>3</b>	<b>Qualitätsmanagement als systemverträgliche Organisationsentwicklung in ergotherapeutischen Praxen</b>	<b>43</b>
3.1	Anwendungsfeld „ergotherapeutische Praxis“	43
3.1.1	Allgemeine Aufgaben der Ergotherapie	43
3.1.2	Persönliche Anforderungen an ergotherapeutische Tätigkeiten	45
3.1.3	Die Ausübung der Tätigkeit in freier Praxis	47
3.1.4	Rechtliche Forderungen nach Qualitätssicherung	50

---

3.1.5	Rahmenbedingungen des Untersuchungsfeldes	52
3.2	Qualitätsdenken im Gesundheitswesen – Versuch eines Problemaufrisses	55
3.2.1	Begründungsversuche für die rasche Entwicklung des Qualitätsmanagements	55
3.2.2	Der „Kunde“ im Gesundheitssystem	57
3.2.3	Qualitätsmanagement im Fokus verschiedener Interessengruppen	62
3.3	Qualitätsmanagement als systemverträgliche Organisationsentwicklung	65
3.3.1	Ausgangspunkt systemverträgliche Organisationsentwicklung	65
3.3.2	Die „klassische“ Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems	69
3.3.3	Der „personale Ansatz“ als Basis einer systemverträglichen Organisationsentwicklung	72
3.4	INTAKE – ein Konzept für die ergotherapeutische Praxis	73
3.4.1	Ansatzpunkte eines Qualitätsmanagements im Arbeitsalltag ergotherapeutischer Praxen	73
3.4.2	Qualitätsmanagement als Strategie im Konzept „INTAKE“	79
3.4.3	Rahmenbedingungen innerhalb ergotherapeutischer Praxen	82
3.5	Zielsetzungen und Erfolgsfaktoren von INTAKE	83
3.5.1	Neugestaltung von Teamprozessen	83
3.5.2	Aufbau kollegialer Erfolgskontrolle	84
3.5.3	Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren	86
4	<b>INTAKE als Vorgehensweise in ergotherapeutischen Praxen</b>	<b>87</b>
4.1	Analyse individueller Ausgangssituationen	88
4.1.1	Die Mitarbeiterbefragung im Organisationsentwicklungsprozess	88
4.1.2	Persönliche Arbeitssituation in der ergotherapeutischen Praxis	91
4.1.3	Persönliche Beurteilung von Qualitätssicherung in der Praxis	93
4.2	Struktur-/Prozessanalyse der Praxis	95
4.2.1	Die Nutzenerwartung an Maßnahmen der Qualitätssicherung – Rückmeldung im Teamgespräch	96
4.2.2	Reflexion über Qualitätsmerkmale der Tätigkeit	98
4.2.3	Analyse von Einzelprozessen in der Praxis	102
4.3	Individuelle Zielanalyse	104
4.3.1	Selbstmanagement zur Förderung der internalen Qualitätsorientierung	104
4.3.2	Individuelle Zielanalyse zur Implementierung eines QM-Systems	106

<b>4.4</b>	<b>Kollegiale Zielanalyse</b>	<b>108</b>
<b>4.4.1</b>	<b>Die Ausgangssituation der Praxis – Rückmeldung im Teamgespräch</b>	<b>108</b>
<b>4.4.2</b>	<b>Moderation zur kollegialen Themenfindung</b>	<b>109</b>
<b>4.5</b>	<b>Selbstgesteuerte Bearbeitung des individuellen Stärken-Schwächen-Profiles</b>	<b>111</b>
<b>4.5.1</b>	<b>Selbstgesteuerte Handlungsplanung zur Erreichung gesteckter Ziele</b>	<b>111</b>
<b>4.5.2</b>	<b>Erfolg kontrollieren durch die Nutzung eigener Rückmeldungen</b>	<b>113</b>
<b>4.6</b>	<b>Kollegiale Umgestaltung des Dokumentationssystems</b>	<b>114</b>
<b>4.6.1</b>	<b>Die Dokumentationsunterlagen der Praxis – Rückmeldung im Teamgespräch</b>	<b>114</b>
<b>4.6.2</b>	<b>Entwicklung eines Dokumentationssystems zur kollegialen Erfolgskontrolle</b>	<b>115</b>
<b>4.6.3</b>	<b>Kollegiale Erfolgskontrolle durch Goal Attainment Scaling</b>	<b>117</b>
<b>4.7</b>	<b>Fort- und Weiterbildung</b>	<b>121</b>
<b>4.8</b>	<b>Schaffung dauerhafter Rahmenbedingungen</b>	<b>121</b>
<b>4.8.1</b>	<b>Die Rahmenbedingungen der Praxis – Rückmeldung im Teamgespräch</b>	<b>121</b>
<b>4.8.2</b>	<b>Rahmenbedingungen kollegial verändern</b>	<b>122</b>
<b>4.8.3</b>	<b>Das Selbstbewertungssystem für die ergotherapeutische Praxis</b>	<b>123</b>
<b>5</b>	<b>INTAKE – empirische Forschungsergebnisse</b>	<b>125</b>
<b>5.1</b>	<b>Spezifikation der empirischen Forschung</b>	<b>125</b>
<b>5.1.1</b>	<b>Forschungsziele</b>	<b>125</b>
<b>5.1.2</b>	<b>Untersuchungseinheiten</b>	<b>125</b>
<b>5.1.3</b>	<b>Forschungsmethoden</b>	<b>126</b>
<b>5.2</b>	<b>Die Qualität der Analyseinstrumente</b>	<b>126</b>
<b>5.2.1</b>	<b>Instrument zur Reflexion über Qualitätsmerkmale der Tätigkeit</b>	<b>126</b>
<b>5.2.2</b>	<b>Fragebogen zur persönlichen Arbeitssituation in der ergotherapeutischen Praxis</b>	<b>127</b>
<b>5.2.3</b>	<b>Wirkungen der Qualitätssicherung</b>	<b>129</b>
<b>5.2.4</b>	<b>Die Rahmenbedingungen der Institution</b>	<b>129</b>
<b>5.2.5</b>	<b>Die Dokumentationsunterlagen der Institution</b>	<b>130</b>
<b>5.3</b>	<b>Die Datenbasis</b>	<b>130</b>
<b>5.4</b>	<b>Reflexion über Qualitätsmerkmale der Tätigkeit</b>	<b>132</b>
<b>5.4.1</b>	<b>Die Reihenfolge der Assoziationen innerhalb der Reflexion</b>	<b>132</b>
<b>5.4.2</b>	<b>Die Zentralität der Qualitätsmerkmale</b>	<b>133</b>

---

<b>5.4.3</b>	Die individuelle Ausprägungsstärke der Qualitätsmerkmale	<b>134</b>
<b>5.4.4</b>	Korrelative Zusammenhänge	<b>135</b>
<b>5.5</b>	Persönliche Arbeitssituation in der ergotherapeutischen Praxis	<b>136</b>
<b>5.5.1</b>	Aufgabencharakteristika ergotherapeutischer Tätigkeiten	<b>136</b>
<b>5.5.2</b>	Arbeitsbelastungen	<b>137</b>
<b>5.5.3</b>	Organisationale Ressourcen	<b>139</b>
<b>5.5.4</b>	Soziale Ressourcen	<b>140</b>
<b>5.6</b>	Persönliche Beurteilung von Qualitätssicherung in der Praxis	<b>141</b>
<b>5.6.1</b>	Das Arbeitsklima in der Praxis	<b>141</b>
<b>5.6.2</b>	Behandlungsablauf und -ergebnisse	<b>142</b>
<b>5.6.3</b>	Ziel- und Problemorientierung	<b>143</b>
<b>5.6.4</b>	Empirischer Nachweis der Wirksamkeit	<b>143</b>
<b>5.6.5</b>	Kostenbewußtsein	<b>144</b>
<b>5.6.6</b>	Externe Orientierung	<b>144</b>
<b>5.6.7</b>	Die Rahmenbedingungen der Institution / Praxis	<b>145</b>
<b>5.6.8</b>	Die Dokumentationsunterlagen der Institution / Praxis	<b>149</b>
<b>5.7</b>	Intervenierende Variablen	<b>151</b>
<b>5.7.1</b>	Alter	<b>151</b>
<b>5.7.2</b>	Geschlecht	<b>151</b>
<b>5.7.3</b>	Leitung einer Praxis	<b>152</b>
<b>5.7.4</b>	Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen	<b>152</b>
<b>5.7.5</b>	Berufserfahrung	<b>153</b>
<b>5.7.6</b>	Anzahl an Kolleginnen und Kollegen	<b>153</b>
<b>5.7.7</b>	Dauer der Tätigkeit in der Arbeitsstelle	<b>153</b>
<b>6</b>	<b>Zur Realisierbarkeit eines Qualitätsmanagements in der Ergotherapie</b>	<b>155</b>
	<b>Literatur</b>	<b>172</b>

## Anhang

<b>A1</b>	INTAKE Fragebogen: Persönliche Arbeitssituation in der Praxis	<b>A. 1</b>
<b>A2</b>	INTAKE Fragebogen: Persönliche Beurteilung von Qualitätssicherung in der Praxis	<b>A. 5</b>
<b>B1</b>	Instruktion zur Selbstreflexion im Gruppenrahmen (nach Selck, 2000)	<b>A. 9</b>
<b>B2</b>	Arbeitsblatt zur Selbstreflexion im Gruppenrahmen (nach Selck, 2000)	<b>A. 10</b>
<b>B3</b>	Kriteriensammelkarte – Vorderseite (aus Selck, 2000)	<b>A. 10</b>
<b>B4</b>	Kriteriensammelkarte – Rückseite (aus Selck, 2000)	<b>A. 10</b>
<b>C</b>	Definition der Einzelskalen / -items des SALSA	<b>A. 11</b>
<b>D</b>	Abgleich der verwendeten Items in Anlehnung an Lutz (1997)	<b>A. 12</b>
<b>E1</b>	Protokollbogen zur individuellen Therapiezielplanung	<b>A. 14</b>
<b>E2</b>	Therapieziel-Karte zur individuellen Therapiezielplanung	<b>A. 15</b>
<b>F</b>	Rahmenstruktur für eine Selbstbewertung innerhalb einer ergoth. Praxis	<b>A. 16</b>
<b>G</b>	Persönliche Arbeitssituation in der ergotherapeutischen Praxis Rotierte Komponentenmatrix	<b>A. 17</b>
<b>H</b>	Persönliche Beurteilung von Qualitätssicherung in der Praxis Rotierte Komponentenmatrix	<b>A. 18</b>
<b>I</b>	Vergleich der internen Konsistenzen Cronbachs $\alpha$ mit den Berechnungen von Rimann & Udris (1997)	<b>A. 19</b>
<b>J</b>	Zusammenstellung der „SALSA-Items“ zu INTAKE-Einzelskalen aufgrund einer rotierten Hauptkomponentenanalyse	<b>A. 20</b>
<b>K</b>	Zusammenstellung der „Q-Items“ zu INTAKE-Einzelskalen aufgrund einer rotierten Hauptkomponentenanalyse	<b>A. 22</b>
<b>L1</b>	Interkorrelationen der Einzelskalen des Fragebogens zur Beurteilung von Qualitätssicherung in der Praxis	<b>A. 24</b>
<b>L2</b>	Interkorrelationen der Einzelskalen des Fragebogens zur persönlichen Arbeitssituation in der ergotherapeutischen Praxis	<b>A. 24</b>
<b>M</b>	Die Rahmenbedingungen der Praxis: rotierte Komponentenmatrix	<b>A. 25</b>
<b>N</b>	Inhaltlich gruppierte Beurteilungsbereiche aus der Reflexion über Qualitätsmerkmale der ergotherapeutischen Tätigkeit	<b>A. 27</b>
<b>O1</b>	Rangreihe der Rahmenbedingungen der Institution / Praxis (geordnet nach Wichtigkeit)	<b>A. 28</b>
<b>O2</b>	Rangreihe der Rahmenbedingungen der Institution / Praxis (geordnet nach Zufriedenheit)	<b>A. 29</b>
<b>O3</b>	Dringlichkeit notwendiger Veränderungen der Rahmenbedingungen in ergotherapeutischen Praxen	<b>A. 30</b>
<b>P1</b>	Rangreihe des Standardisierungsgrades der Dokumentationsinstrumente der Institution / Praxis	<b>A. 31</b>
<b>P2</b>	Rangreihe des „Transparenzwirkung“ der Dokumentationsinstrumente der Institution / Praxis	<b>A. 32</b>



## 1 Die kontinuierliche Suche nach Möglichkeiten, das eigene Handeln zu verbessern

Im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland stürmt es gewaltig. Ein Tief mit Namen „*Kostenexplosion*“ löste diesen Sturm aus, rüttelt seither an bestehenden Gesetzen und u.a. an der Verordnungspraxis niedergelassener Ärzte<sup>1</sup>. Da Ergotherapie eine vom Arzt verordnete Heilmaßnahme ist, fürchten viele Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, die in freier Praxis tätig sind, im Zuge der „*Budgetierungs-Diskussion*“ um ihre Existenz.

Schulte (2000) sieht die Finanzknappheit als Verbündeten der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Dieses Anwendungsfeld zeigt eine Reihe von Parallelen einer sich ausweitenden Qualitätsdiskussion, die seit geraumer Zeit auch Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten beschäftigt.

Die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Qualitätssicherung sind in der Ergotherapie strukturell sehr viel schlechter als in der Psychotherapie. Die Ausbildung von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten hat in Deutschland keine akademische Basis und kaum universitäre Anbindung. Sie findet fast ausschließlich an Berufsfachschulen statt. Ergotherapeuten sind demnach nicht wissenschaftlich ausgebildet und ihnen stehen keine institutionellen Foren zur Verfügung, um ihre in der Praxis gewonnenen Erkenntnisse auszutauschen und in einem nächsten Schritt empirisch zu fundieren. Anders als im Feld der ambulanten Psychotherapie gibt es für die Ergotherapie in Deutschland kaum wissenschaftliche Erkenntnisse über die Wirksamkeit ergotherapeutischer Vorgehensweisen in der täglichen Praxis. Gleichzeitig wird auch von dieser Berufsgruppe verstärkt ein Nachweis der Effektivität ihrer Therapien gefordert.

Einzelne Therapierichtungen (z.B. sensorische Integrationstherapie), die in erster Linie durch Fort- und Weiterbildungsaktivitäten Verbreitung finden, können bislang kaum Aussagen über empirisch gesicherte Erfolge, Misserfolge, Wirkungen und Nebenwirkungen ihrer Therapien machen.

Unter den gegebenen Voraussetzungen erscheint der Weg hin zu einer umfassenden Qualitätssicherung in der Ergotherapie weit. Ziel dieser Arbeit ist es daher, einen Schritt auf diesem Weg mit zu gestalten. Mithilfe einer möglichst systemverträglichen Vorgehensweise soll versucht werden, Organisationsentwicklungen im Anwendungsfeld „ergotherapeutische Praxen“ anzuregen. Im Mittelpunkt steht dabei die Entwicklung eines Konzeptes zur Einführung eines funktionierenden und akzeptierten Qualitätsmanagement-Systems. Dabei wird besonderes Augenmerk auf die „*internale Qualitätsorientierung*“ als Ausgangspunkt gelegt, wobei

---

<sup>1</sup> Im Folgenden werden die Bezeichnungen für Berufsgruppen geschlechtsneutral verwendet. Dabei wird zur Vereinfachung in der Regel die männliche Form gewählt (u.a. für Patienten, Ärzte etc.). Da aber überwiegend Therapeutinnen Ergotherapie ausüben, wird hier jeweils die weibliche Form gewählt.

die individuelle Beurteilung der Qualität der eigenen Tätigkeiten und der Arbeitssituation, sowie die Einschätzung von Wirkungen der Qualitätssicherung in der ergotherapeutischen Praxis im Vordergrund stehen.

Folgende Aufgabenstellungen werden in diesem Zusammenhang bearbeitet.

(1) Konzeptionelle Erarbeitung des zur Zeit akzeptierten Qualitätsbegriffs im Dienstleistungsbereich

Anhand des Qualitätsbegriffs werden Kennzeichen von Dienstleistungen aus betriebswirtschaftlicher, soziologischer und psychologischer Sicht betrachtet, und so einzelne Qualitätsmerkmale herausgearbeitet (siehe Kapitel 2.1-2.2).

Die Ergotherapie als Dienstleistung soll anschließend anhand von branchenspezifischen und –unspezifischen Qualitätsmerkmalen eingeordnet werden.

(2) Analyse bestehender Qualitätsmodelle und ihrer Qualitätsorientierung im Feld

Zur Vorbereitung der Ausrichtung eines Qualitätsmanagement-Systems müssen bestehende Qualitätsmodelle hinsichtlich verschiedener Qualitätsorientierungen analysiert werden. Zur jeweiligen Konzeption wird ihre Abhängigkeit vom Standort des Betrachters und von seiner Blickrichtung auf ein System postuliert und diskutiert (siehe Kapitel 2.3-2.7). Durch das Einnehmen einer solchen „Meta-Ebene“ wird versucht, „über den Tellerrand“ einzelner Modelle zu schauen und sowohl Nutzen als auch Grenzen solcher Modelle aufzuzeigen.

(3) Erarbeitung, Operationalisierung und empirische Prüfung eines personal ausgerichteten Qualitätsmodells

Ziel der Auseinandersetzung mit einzelnen Qualitätsmodellen ist die Erarbeitung eines personal ausgerichteten Modells zur Identifikation und Erweiterung der persönlichen Qualitätsorientierung (vgl. Kapitel 2.7). Die Brauchbarkeit im hier betrachteten Feld steht dabei im Vordergrund, wobei letztendlich auch versucht werden soll, die Logik eines solchen Modells und die damit verbundene Blickrichtung auf ein System zur Erweiterung bestehender Qualitätsmodelle nutzbar zu machen.

(4) Qualitätsmanagement im Fokus verschiedener Interessengruppen

Dem Postulat folgend, dass die Konzeption eines Qualitätsmanagement-Systems immer abhängig ist vom Standort des Betrachters und seiner Blickrichtung auf ein System, wird das Anwendungsfeld „ergotherapeutische Praxis“ analysiert (vgl. Kapitel 3.1). Der Blick auf die einzelne Berufsgruppe muss dabei durch den Blick auf das „Qualitätsdenken im Gesundheitswesen“ allgemein, mit seinen spezifischen „Kundengruppen“ und anderen Interessengruppen bei der Umsetzung solcher Vorhaben erweitert werden (vgl. Kapitel 3.2).

(5) Spezifikation des Qualitätsmanagements als systemverträgliche Organisationsentwicklung in ergotherapeutischen Praxen

Es gibt einige ermutigende Erfahrungen bei der Entwicklung von Instrumenten zur Qualitätssicherung im Bereich ambulanter Psychotherapie. Demgegenüber kommt die praktische Umsetzung von qualitätssichernden Maßnahmen auch in diesem Feld nur langsam voran. Viele Methoden finden bislang in der Praxis keine Anwendung. Hier wird postuliert, dass solche Vorhaben im „Kleinunternehmen Ergotherapeutische Praxis“ nur erfolgreich sein können, wenn die Teamentwicklung als Basis einer systemverträglichen Organisationsentwicklung in den Mittelpunkt gestellt wird (vgl. Kapitel 3.3). Als Ergebnis sollte daher eine Konzeption für die ergotherapeutische Praxis vorschlagen werden können, das auf die Neugestaltung von Teamprozessen und den Aufbau kollegialer Erfolgskontrolle fokussiert (vgl. Kapitel 3.4).

Spezielle Rahmenbedingungen innerhalb ergotherapeutischer Praxen, sowie Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren in Anlehnung an die Vorgehensweise der Organisationsentwicklung, müssen im Konzept berücksichtigt werden.

(6) Konzeptentwurf, Beschreibung der Vorgehensweise und Entwicklung einzelner Analyseinstrumente

Die konkrete Vorgehensweise (Konzeptbezeichnung *INTAKE*: „*Instrumente zur Neugestaltung von Teamprozessen und zum Aufbau kollegialer Erfolgskontrolle*“) muss entworfen und ausformuliert werden (vgl. Kapitel 4); der Beratungsprozess wird gegliedert. Zur Umsetzung einzelner Ablaufschritte müssen Analyseinstrumente unter Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entwickelt werden.

(7) Empirische Forschung zum Konzept INTAKE

Die Qualität der Analyseinstrumente muss ermittelt werden und mit der praktischen Erprobung des Konzeptes sollte begonnen werden (vgl. Kapitel 5).

Ziel ist es, für den Ansatzpunkt, die „internale Qualitätsorientierung“ als Ausgangspunkt der Einführung eines Qualitätsmanagements zu nutzen, Evidenzen zu ermitteln und empirisch zu prüfen.

Erhobene Daten müssen zusammengestellt und einige organisationspsychologische Besonderheiten ergotherapeutischer Tätigkeiten herausgearbeitet werden, um demjenigen, der in diesem Feld Veränderungsprozesse anregen möchte, Hilfestellung anzubieten.

## 2 Dienstleistungen und Qualitätsorientierung

### 2.1 Annäherung an den Qualitätsbegriff

Das Wort „Qualität“ hat seinen Ursprung im Lateinischen („*qualis*“ = wie beschaffen) und umschreibt nach allgemein sprachlicher Auffassung „Güte“, „Beschaffenheit“ oder „Wert“ eines Objektes. Mit dieser semantischen Betrachtung des Begriffes wird eine grundlegende Richtung des Verständnisses skizziert. Es fehlt die Instanz, die eine Einschätzung des „Wertes“ vornimmt.

Die öffentliche Qualitätsdiskussion ist geprägt von Missverständnissen und Fehledeutungen, die auch dadurch zustande kommen, dass bei Unternehmungen, egal welcher Art, eine globale Außenorientierung angenommen bzw. gefordert wird („*der Markt*“, „*der Wettbewerb*“), ohne auf den einzelnen Mitarbeiter oder den konkreten Kunden Bezug zu nehmen. Bruhn (1997) resümiert für den Bereich der Dienstleistungen:

*„Die heterogenen und diffusen Auffassungen über ‚Qualität‘, die vielfach sowohl für Sach- als auch für Dienstleistungen gültig sind, machen deutlich, dass es bis heute nicht gelungen ist, ein tragfähiges und allgemein akzeptiertes Qualitätsverständnis zu schaffen. Die Ausführungen zum Verständnis der Qualität reichen von umgangssprachlichen Wortbedeutungen bis hin zu sehr abstrakten Definitionen des Qualitätsbegriffes für die Praxis“ (S. 23).*

Bezogen auf die Qualität der durch Ärzte erbrachten Dienstleistungen kommt Jaster (1997) zu dem Schluss:

*„Eine einheitliche Meinung von Ärzten über ein Thema in der Medizin zu erzielen, ist sehr selten möglich. Das Thema Qualität macht eine Ausnahme: Es besteht ein nahezu allgemeiner Konsens, dass es keine, die Realität widerspiegelnde Aussage darüber gibt, was Qualität ärztlichen Handelns bedeutet“ (S.25).*

Als grob umfassende Arbeitsdefinition bezeichnet Jaster (1997) Qualität als etwas, „*was in einem ständigen Beobachtungs- und Anpassungsprozess verbessert werden kann*“ (S.25). Die amerikanische „*Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization*“ versteht unter Qualität, den „*unter Anwendung des derzeitigen Wissens vom jeweiligen Versorgungssystem erreichten Grad der Wahrscheinlichkeit, für den Patienten erwünschte Therapieergebnisse zu erzeugen und unerwünschte Behandlungsergebnisse zu vermeiden*“ (nach Härter, Stieglitz & Berger, 1999; aus Vauth & Stieglitz, 2000, S. 121).

*„Qualität ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Tätigkeit, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung gegebener Erfordernisse bezieht. Die Erfordernisse ergeben sich aus dem Verwendungszweck des Produktes oder dem Ziel der Tätigkeit unter Berücksichtigung der Realisierungsmöglichkeiten“ (DIN ISO 8402, 1992).*

Aus der Definition des Deutschen Instituts für Normung e.V. kann abgeleitet werden, dass sich das Gesamtqualitätsurteil einer Dienstleistung aus mehreren Merkmalen oder Teilqualitäten zusammensetzt, welchen jeweils eine bestimmte Qualität zukommt.

Diese Definition setzt voraus, dass jede Tätigkeit mit festgelegten Anforderungen eingeschätzt werden kann, wobei wiederum nicht konkretisiert wird, von welcher Institution bzw. von welchem Personenkreis (Kunde, Mitarbeiter, ...) die Maßstäbe zur Qualitätsbeurteilung festgelegt werden (vgl. Bruhn, 1995).

Mehrdimensionale Raster versuchen, unterschiedliche Sichtweisen auf das Konstrukt Qualität zu ermöglichen. Im Resultat ergeben sich verschiedene Ansätze, Qualität zu definieren (vgl. Quartapelle & Larsen, 1996). Berkel (1998) konstruiert ein dreidimensionales Schema, mit den Dimensionen

- objektiv vs subjektiv,
- inhärent vs instrumentell,
- endogen vs exogen.

#### Objektiv vs subjektiv

Hier steht die Frage im Mittelpunkt, wer die Maßstäbe der Qualität festlegt. Wird die Qualität einzig durch die Leistungsmerkmale eines Gutes festgelegt, kann von „objektiver“ Qualität gesprochen werden. Die Qualitätsparameter müssen dem Gut dabei latent „innewohnen“ (vgl. Berkel, 1998, S.19), womit Dienstleistungsinteraktionen nur unzureichend beschrieben sind. In der Regel werden die Qualitätsparameter im Dienstleistungsbereich durch Einzelpersonen oder Gremien (Mitarbeiter, Abteilungen etc.) subjektiv festgelegt. Auch bei der Festlegung von Qualitätskriterien und –erfordernissen durch den Kunden handelt es sich um eine „subjektive“ Qualität.

#### Inhärent vs instrumentell

Hier geht es um die Frage, wo die Qualität liegt und wann sie messbar wird. Eine „inhärente“ Qualität haftet einem Produkt überdauernd an. Entwickelt sich die Qualität beim Konsum bzw. bei der Durchführung der Dienstleistung, spricht man von „instrumenteller“ Qualität. Häufig werden bei der Durchführung von Dienstleistungen Objekte mit inhärenter Qualität (Dokumentationssystem mit ermittelten Gütekriterien, Therapiematerial) bei der konkreten Durchführung instrumentell eingesetzt.

### Endogen vs exogen

Fließt bei der Beurteilung der Qualität die Bewertung der organisatorischen Prozesse und Strukturen im Unternehmen mit ein, spricht man nach Berkel (1998) von „*endogener*“ Qualität; wird das dahinter stehende organisatorische System mit seinen Prozessabläufen nicht mit berücksichtigt, dagegen von „*exogener*“ Qualität. Diese Differenzierung verweist darauf, dass Qualität als Konstrukt einen aktiven Prozess der Qualitätsbeurteilung benötigt. Endogen und exogen differenzieren daher zwischen der Beurteilung bezogen auf die Oberflächen- bzw. Tiefenstruktur einer Dienstleistung.

Nach Berkel (1998) ergibt sich die Qualität einer Dienstleistung durch ihren subjektiven, instrumentellen und endogenen Wert. Diese Sichtweise entspricht einem kundenbezogenen Ansatz: die Qualitätserfordernisse werden durch die Kunden bzw. Mitarbeiter subjektiv festgelegt. Die Qualität der Dienstleistung entwickelt sich instrumentell, d.h. erst beim „Konsum“ der Dienstleistung und in die Beurteilung der Qualität fließt auch die Bewertung der organisatorischen Prozesse und Strukturen des Unternehmens mit ein (endogen). Dieser Orientierung wird auch hier weitestgehend entsprochen, wobei der Fokus auf den Mitarbeitern als interne Kunden der ergotherapeutischen Praxis liegt.

## 2.2 Kennzeichen von Dienstleistungen

### 2.2.1 Kennzeichen aus betriebswirtschaftlicher und soziologischer Sicht

*„Versuche, Dienstleistungen ökonomisch zu definieren, können scheinbar direkt in die Verzweiflung führen“ (Nerdinger, 1994, S.46).*

Um ein Verständnis für die Besonderheiten bei der Erbringung von Dienstleistungen aufzubauen, ist es neben einem Verständnis des Qualitätsbegriffs nötig, vorab charakteristische Besonderheiten von Dienstleistungen herauszuarbeiten.

Von Bruhn (1997) werden vier Ansätze zur Definition des Dienstleistungsbegriffs unterschieden:

- I. Tätigkeitsorientierte Definition: Diese Auffassung vertritt Schüller (1976). Er klassifiziert jede menschliche Tätigkeit als Dienstleistung. *„Das, was der Mensch tut, um seine physische und psychische Arbeitskraft mit oder ohne Verbindung zur materiellen Güterwelt in den Zweckbereich der menschlichen Bedürfnisbefriedigung zu bringen, ist eine Dienstleistung“* (zitiert aus Schüller, 1976, S.19). Nach Meffert und Bruhn (1996) überzeugt der Ansatz nur bedingt, da die Begriffsauffassung sehr weit gesteckt ist. Außerdem bietet er wenig Raum zur Ableitung von dienstleistungsmarketingspezifischen Besonderheiten.
- II. Potentialorientierte Definition: Dienstleistungen werden von Meyer & Mattmüller (1987) beschrieben, als das durch Menschen oder Maschinen geschaffene Potential eines Dienstleistungsanbieters. Die personellen und materiellen Ressourcen zur Erstellung einer Dienstleistung stehen demnach im Vordergrund dieser Definition, weil sie die Erstellung maßgeblich determinieren.
- III. Prozessorientierte Definition: Auch bei der prozessorientierten Definition steht die auszuführende Tätigkeit im Vordergrund. Bedeutsam erscheint hier die Gleichzeitigkeit von Produktion und Konsumption (*„uno-actu-Prinzip“*). Im hier untersuchten Feld geht es in diesem Zusammenhang um die Art und Weise der Durchführung der Therapie.
- IV. Ergebnisorientierte Definition: Diese Perspektive nimmt auf das tatsächlich produzierte immaterielle Gut als Konkretisierung des Dienstleistungsprozesses Bezug. Die Ergebnisse einer Therapie können auf vielen verschiedenen Ebenen betrachtet werden, z.B. Zufriedenheit des Patienten, einzelfallstatistisch abgesicherte Veränderungen, etc.

In Anlehnung an Meffert und Bruhn (1996) wird hier folgende Definition zugrunde gelegt:

*„Dienstleistungen sind selbstständige, marktfähige Leistungen, die mit der Bereitstellung und/oder dem Einsatz von Leistungsfähigkeiten verbunden sind (Potentialorientierung). Interne und externe Faktoren werden im Rahmen der Leistungserbringung kombiniert (Prozessorientierung). Die Faktorkombination des Dienstleistungsanbieters wird mit dem Ziel eingesetzt, an den externen Faktoren – Menschen oder anderen Objekten – nutzenstiftende Wirkungen zu erzielen (Ergebnisorientierung)“ (S.25).*

Das Spektrum von Dienstleistungsangeboten ist äußerst breit, die Abgrenzung im Einzelfall kann sich als schwierig erweisen, um eine Unternehmung dem Dienstleistungssektor eindeutig zuordnen zu können.

Die folgenden Charakteristika werden im betriebswirtschaftlichen Sinne zur Abgrenzung der Dienstleistungen von Sachleistungen genutzt. Das traditionell am Ergebnis der Produktion von Gütern orientierte ökonomische Denken macht eine Klassifikation offensichtlich schwierig. Dienstleistungen werden bis heute in erster Linie durch „*Negativ-Prädikate*“ (Nerdinger, 1994, S.47) beschrieben: u.a. Immaterialität, Intangibilität, Unteilbarkeit.

- Immaterialität
- Intangibilität
- Unteilbarkeit und Vergänglichkeit
- Integration des externen Faktors
- Standortgebundenheit
- Individualität
- Komplexität

#### Immaterialität

Nach Corsten (1985) haben Dienstleistungen grundsätzlich immateriellen Charakter. Die eigentliche Kernleistung ist somit nicht „greifbar“. Dies heißt jedoch nicht, dass Dienstleistungen ohne Sachleistungsanteile darstellbar wären. Dienstleistungen in der ergotherapeutischen Praxis werden erst durch die materielle Ausstattung der Praxis komfortabel leistbar. Außerdem ist die Zulassung zur Durchführung der Dienstleistung an das Vorhandensein der Praxis gekoppelt. Die Praxisräume müssen bestimmten Standards entsprechen. Die Dienstleistung darf in der Regel nicht außerhalb der Praxenräume durchgeführt werden.

#### Intangibilität

In engem Zusammenhang zur Immaterialität steht ihre Intangibilität (vgl. Bruhn, 1997). Die Qualität von Dienstleistungen kann vor dem „*Kauf*“ nur bedingt sinnlich wahrgenommen werden. Im Falle ergotherapeutischer Dienstleistungen in der Pädiatrie erschließt sie sich dem Großteil der Kundengruppen („Angehörige“, „Ärzte“, „Lehrer“, „Erzieher“, ...) nicht einmal während des Dienstleistungsprozesses, sondern lediglich aufgrund angefertigter Dokumente zu Beginn (z.B. Elternfragebogen), im Verlauf (z.B. Befundbericht) oder an dessen Ende (z.B. Abschlussbericht an den Arzt). Bei Dienstleistungen im Gesundheitswesen sind somit für einige Kundengruppen häufig lediglich Nebenprodukte der Dienstleistungserstellung wahrnehmbar, anhand derer sie über die Güte entscheiden müssen (z.B. die Fortführung der Therapie durch Anordnung des Arztes nach Zwischenbericht durch die behandelnde Ergotherapeutin). Der eigentliche Dienstleistungsprozess bleibt verborgen. „*Images*“ der Dienstleister entstehen in der Regel indirekt durch Mund-zu-Mund-Kommunikation (siehe Kapitel 2.5.1).



### Unteilbarkeit und Vergänglichkeit

Dienstleistungen sind im Gegensatz zu Sachgütern unteilbar: Produktion und Konsumption erfolgen simultan („*uno-actu-Prinzip*“). Die Leistung per se entsteht erst in der Situation, in der sich der Kundenkontakt realisiert. In diesen „*moments-of-truth*“ (Albrecht, 1988; aus Berkel, 1998) wirkt der Kunde entscheidend bei der Qualität der Dienstleistung mit, indem er z.B. versucht, eine optimale Befriedigung seiner Bedürfnisse zu erlangen.

Dienstleistungen können nicht gelagert werden (vgl. Corsten, 1985). Allerdings können Nebenprodukte der Dienstleistungserstellung gespeichert werden, womit dem Kriterium der Vergänglichkeit von einigen Autoren widersprochen wird (Maleri, 1994, S. 85). Die Ergebnisse der Befundung bzw. die Zwischen- und Abschlussberichte einer Therapie können gespeichert werden, erst nach der Herstellung „konsumiert“ und verwertet werden und dies kann über Jahre hinweg Nutzen bringen.

### Integration des externen Faktors

In der Regel ist ein direkter Kontakt zwischen Anbieter und Nachfrager einer Dienstleistung erforderlich. Bei der Leistungserstellung muss der Kunde beteiligt sein. Dies wirft die Frage nach den einzelnen Kundengruppen auf. Diese können direkt bzw. primär oder indirekt bzw. sekundär in den Erstellungsprozess eingebunden sein. Gerade bei der Ergotherapie spielt die Einbeziehung der Angehörigen (z.B. die Eltern des zu behandelnden Kindes) eine wesentliche Rolle im Prozess der Dienstleistungserstellung. Sie hat augenscheinlich große Auswirkungen auf den Therapieerfolg. Erst in der Interaktion zwischen Therapeut mit primären bzw. sekundären Kundengruppen wird die „Dienstleistung Ergotherapie“ zu einem Erfolg bzw. Misserfolg.

### Standortgebundenheit

Die Besonderheit des direkten Kontaktes führt zum Kriterium der Standortgebundenheit. Eine ergotherapeutische Dienstleistung kann nicht transportiert werden. Sie muss in der Regel in den Praxenräumen erstellt werden.

### Individualität

Die ergotherapeutische Dienstleistung wird für jeden Kunden neu erstellt. Art der Leistungen und Leistungsumfang können individuell sehr verschieden sein. Eine „Kundenorientierung“ in diesem Sinne führt bislang in der ergotherapeutischen Behandlungspraxis häufig zu diffusen Ansatzpunkten zur taktischen Anpassung und Steuerung der Therapie, da keine Manuale als Standards vorhanden sind (siehe Kapitel 3.4.1).

### Komplexität

Es fehlt in der Literatur eine klare Abgrenzung komplex strukturierter Dienstleistungen von einfach strukturierten (vgl. Güthoff, 1995). Der Begriff wird als weiteres Charakteristikum von Dienstleistungen insgesamt benannt und zur Kennzeichnung der Heterogenität innerhalb des

Dienstleistungssektors genutzt (vgl. Benkenstein, 1993). Bei Konzeption und empirischer Analyse ausgewählter Wahrnehmungsdimensionen wurde von Güthoff (1995) versucht, Klassifikationsmerkmale zusammenzustellen, welche die Charakteristika der Komplexität berücksichtigen. Das Postulat der „Kundenorientierung“, im Sinne der Anpassung der Dienstleistung an die Kundenbedürfnisse, bildet den Ausgangspunkt ihrer Auswahl. Die zur Einordnung notwendige Diskussion über den Kundenbegriff im Gesundheitssystem wird in Kapitel 3.2.2 geführt.

Güthoff (1995, S.31ff.) wählte folgende Leistungsmerkmale als Komplexitätsdimensionen aus:

- Anzahl der Teilleistungen: Nach Güthoff (1995) knüpft diese Dimension direkt an die Definition aus der Systemtheorie an, wonach die Komplexität durch die Anzahl der Elemente eines Systems und ihrer Verknüpfungen bestimmt wird. Sie stellt den Krankenhausaufenthalt als Beispiel für eine Dienstleistung mit vielen Teilleistungen heraus.
- Multipersonalität: Güthoff (1995) definiert dieses Kriterium als die „Anzahl der Personen, mit denen der Nachfrager im Rahmen der Dienstleistungserstellung in Kontakt kommt“ (S.32). Dies können sowohl die Anbieter (hier Ergotherapeutinnen, Schreibkräfte, Reinigungspersonal, ...) als auch andere Leistungsnachfrager (andere Kinder, Angehörige, ...) sein.

Güthoff (1995) dazu:

*„Die Komplexität resultiert u.a. daraus, dass der Kunde zusätzliche Informationen erhält, die auf den Erfahrungen Dritter basieren und die indirekt seine eigenen Erwartungen bzw. Beurteilungen beeinflussen. (...). Dem Merkmal der Multipersonalität kommt insofern eine besondere Bedeutung zu, als das Auftreten des Personals und die Kontaktqualität die wichtigsten Determinanten hinsichtlich der Zufriedenheit oder Unzufriedenheit eines Konsumenten mit einer Leistung sind“ (S.33).*

- Heterogenität der Leistungen: Aufgrund dieses Merkmals können Dienstleistungen in Bezug auf die Unterschiedlichkeit ihrer Teilleistungen voneinander abgegrenzt werden. Je homogener die Teilleistungen, desto geringer die Komplexität.
- Länge der Dienstleistungserstellung: Dies kann insofern als Indikator für die Komplexität relevant für die Qualitätseinschätzung einer Dienstleistung sein, da bei langen Zeiträumen die Erstellung in Teilabschnitte untergliedert werden kann und ihre Qualität dann phasenweise beurteilt wird. Im Zusammenhang mit der innerhalb dieser Konzeption vorgeschlagenen Zielerreichungsskalierung (vgl. Kiresuk, Smith & Cardillo, 1994; siehe Kapitel 4.6.3) wird der Prozess anhand von festgelegten Zielstrukturen ebenfalls zergliedert, um ihn phasenweise beurteilen zu können.

- Individualität der Leistung: Je stärker der Kunde das Gefühl vermittelt bekommt, die Dienstleistung wird speziell auf seine individuellen Bedürfnisse ausgerichtet, desto höher beurteilt er die Komplexität (vgl. Güthoff, 1995, S.36).
- Wahrgenommenes Risiko: Nach Kupsch & Hufschmied (1979) bezeichnet dies das Gefühl des Kunden hinsichtlich negativer Eigenschaften der Dienstleistung und der damit verbundenen Konsequenzen. Es ist zu vermuten, je höher die wahrgenommene Komplexität einer Dienstleistung für den Kunden ist, desto höher erscheint ihm auch das wahrgenommene Risiko.
- Involvement: Unter dem Konstrukt Involvement, in Bezug auf die Dienstleistungserstellung, versteht man nach Trommsdorf (1989) den Grad der Ich-Beteiligung des Kunden im Erstellungsprozess der Dienstleistung.

Aufgrund vieler unterschiedlicher Klassifikationskriterien und somit der scheinbar beliebigen Zuordnung von Tätigkeiten zum Dienstleistungsbereich ergibt sich eine Fülle möglicher Taxonomien (vgl. Corsten, 1988), die für eine psychologische Auseinandersetzung mit der Thematik zumeist wenig hilfreich erscheinen.

*„Betriebswirtschaftliche Taxonomien sind durch ihren a-priori-Charakter gekennzeichnet, wobei sie nach ökonomischer Logik das Feld zu strukturieren suchen. Damit wird aber das Untersuchungsfeld bereits vor jeder Untersuchung in einer Weise determiniert, die das Ergebnis der Untersuchung voraussetzt. Psychologisches Denken setzt dagegen bei den Betroffenen an und fragt, wie Dienstleister und Bediente das Tätigkeitsfeld wahrnehmen, d.h. wie die Tätigkeiten kognitiv strukturiert werden“ (Nerdinger, 1994, S.55).*

### 2.2.2 Kennzeichen aus psychologischer Sicht

Es gibt bislang keine explizit psychologische Theorie der Dienstleistung. Einige Anknüpfungspunkte an bestehende psychologische Theorien stellt Nerdinger (1994) zusammen, an denen sich im folgenden orientiert wird.

Aus psychologischer Perspektive kann zunächst festgestellt werden, dass das Resultat einer Dienstleistung eine Erfahrung darstellt. Von der Tätigkeit her betrachtet, sind Dienstleistungen u.a. dann psychologisch bedeutsam, wenn sie persönliche Kommunikation erfordern. Nerdinger nennt insgesamt vier Definitionsmerkmale von Dienstleistungen:

- Face-to-face Interaktion,
- Lösen eines persönlichen Problems,
- Keine Verpflichtungen zwischen Dienstleister und Bedientem über die Dienstleistungsbeziehung hinaus,
- Leistung gegen Geld.

Nach Goffman (1972) kann bei Dienstleistungen idealtypisch eine Begegnung zwischen voneinander unabhängigen Menschen unterstellt werden. Damit unterliegen Dienstleistungen lediglich den Normen des Umgangs zwischen fremden Menschen.

*„Eine spezifisch psychologische Anforderung ergibt sich demnach, wenn zwei autonome Persönlichkeiten in Kontakt treten, wobei die eine einen Dienst erwartet, den die andere ihr erweisen soll“ (Nerdinger, 1994, S.52).*

Somit schließt die für Dienstleistungen charakteristische Face-to-face-Interaktion die Kommunikation zwischen Mitarbeitern einer Organisation aus, dessen Kooperation durch eine hierarchische Ordnung geregelt wird. Nerdinger (1994) definiert das Ergebnis der Dienstleistungsinteraktion, passend zum ergotherapeutischen Setting, als *„die Erfahrung einer (versuchten) Lösung der persönlichen Probleme von Bedienten“* (S.52). Diese versuchten Problemlösungen stehen im Mittelpunkt der Beziehung zwischen Dienstleister und Bedientem. Daneben ist entscheidend für die Beziehung, dass die Dienste bezahlt werden, dass eine Tauschbeziehung „Leistung gegen Geld“ zugrunde liegt.

Mit dieser sehr engen psychologischen Kennzeichnung werden eine Reihe von Personengruppen mit ihren Tätigkeiten, die klassisch dem „tertiären Sektor“ zugeordnet werden, ausgeschlossen.

Nerdinger (1994) nennt beispielhaft Putzfrauen, Polizisten, Fahrkartenkontrolleure und Gerichtsvollzieher, die in wenigstens einem kennzeichnenden Merkmal abweichen. Für die ergotherapeutischen Dienstleistungen treffen alle vier Merkmale zu; hier wird angenommen, dass sie psychologisch entscheidende Gemeinsamkeiten mit anderen in diesem Sinne klassifizierten Dienstleistungen aufweisen.

## 2.3 Qualitätsorientierung und individueller Standort

*„Qualität ist relativ. Sie ist abhängig von der Position des Betrachters und damit abhängig von Zielen, Erwartungen, Festlegungen“ (Nübling & Schmidt, 1998, S.55).*

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement setzt das Wissen über Qualitätsmerkmale voraus. Um die Qualität einer Dienstleistung zu beurteilen, müssen im Vorfeld Soll-Anforderungen festgelegt werden, deren Erreichung schließlich Auskunft über das Qualitätsniveau der einzelnen Merkmale, ihrer Elemente und Dimensionen geben kann, mit dem Ziel, zu einem differenzierten Qualitätsurteil über den Dienstleistungsanbieter zu kommen. Meffert und Bruhn (1995) dazu:

*„Dienstleistungsqualität ist die Fähigkeit eines Anbieters, die Beschaffenheit einer primär intangiblen und der Kundenbeteiligung bedürftigen Leistung gemäß den Kundenerwartungen auf einem bestimmten Anforderungsniveau zu erstellen. Sie bestimmt sich aus der Summe der Eigenschaften bzw. Merkmalen der Dienstleistung, bestimmten Anforderungen gerecht zu werden“ (S.199).*

Der Ist-Soll-Vergleich sollte sich dabei möglichst an Standards orientieren, die sich als „empirisch legitimiert“ (vgl. Vauth & Stieglitz, 2000, S.126) erwiesen haben. Hier fehlt für die Ergotherapie der Bundesrepublik Deutschland weitgehend gesichertes Wissen. Aber selbst, wenn es differenzierte, wissenschaftliche Studien über die Wirksamkeit von Ergotherapie gäbe, wäre dies allein nicht ausreichend, um die eigene Tätigkeit im Praxenalltag zu rechtfertigen.

Daher müssen sich die einzelnen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten an Konsensprozessen ihrer professionellen Gemeinschaft (Berufsverbände, wissenschaftliche Foren, etc. ) orientieren (vgl. Winter, 1997). Zur Zeit kann auf der berufspolitischen Ebene nicht von einem Konsens über Qualitätsmerkmale ausgegangen werden.

In der hier zu entwickelnden Konzeption werden Qualitätsmerkmale im Mittelpunkt stehen, die in der einzelnen Praxis handlungswirksam werden können. Als Startpunkt wird ein Konsens im Team der Einzelpraxis gesucht, um die Qualitätsorientierung auf dieser Ebene zu professionalisieren.

Da die Beurteilung der Dienstleistungsqualität der Einzelpraxis und auch die Ausrichtung eines internen Qualitätsmanagements stark von unterschiedlichen Interessengruppen beeinflusst wird (vgl. Kapitel 3.2.3), spielt der Standort des Beurteilers eine entscheidende Rolle. Eine daraus abgeleitete generelle Vorgehensweise fordert, möglichst viele Interessengruppen mit einzubeziehen, um unterschiedliche Sichtweisen bei der Ausrichtung ergotherapeutischer Dienstleistungen zu berücksichtigen. So kann die interne (Mitarbeiter-) Sicht der externen (Kunden-) Sicht gegenübergestellt werden. Dies versuchen auch Autoren, die aus ihren

Überlegungen bzw. empirischen Forschungstätigkeiten relativ branchenunabhängige Qualitätsmodelle entwickelt haben.

Die Qualitätsorientierung als „*Blick auf das System mit einem spezifischen Standort im System*“ spielt bei der Ausrichtung dieser Modelle eine wesentliche Rolle (vgl. Abbildung 1).

Branchenunabhängige Qualitätsmerkmale werden zur Zeit meistens in einzelnen Qualitätsmodellen abgebildet. „*Modell*“ kennzeichnet

in diesem Zusammenhang lediglich, dass die verschiedenen Merkmale zueinander in Verbindung gesetzt werden. Die folgenden Modelle dienen daher in erster Linie als theoretisch-konzeptionelle Ansätze zur Operationalisierung der Dienstleistungsqualität. Ihnen fehlt weitgehend eine empirisch fundierte Grundlage. Sie können daher nur bedingt als Ausgangspunkt für die Messung des hypothetischen Konstruktes „Dienstleistungsqualität“ herangezogen werden.

Außerdem sind die einzelnen Qualitätsmerkmale aufgrund des hohen Abstraktionsniveaus in der Regel keiner direkten Messung zugänglich. Die subjektive Festlegung von Soll-Vorgaben und Standards aufgrund Konsensus (vgl. Winter, 1997) ist im Qualitätsmanagement gebräuchlich, geht aber meist auch nicht auf erprobte „empirische“ Standards zurück. An dieser Stelle soll auf eine Auseinandersetzung über die Gütekriterien einer solchen empirischen Sozialforschung verzichtet werden (vgl. dazu Hentschel, 1992).

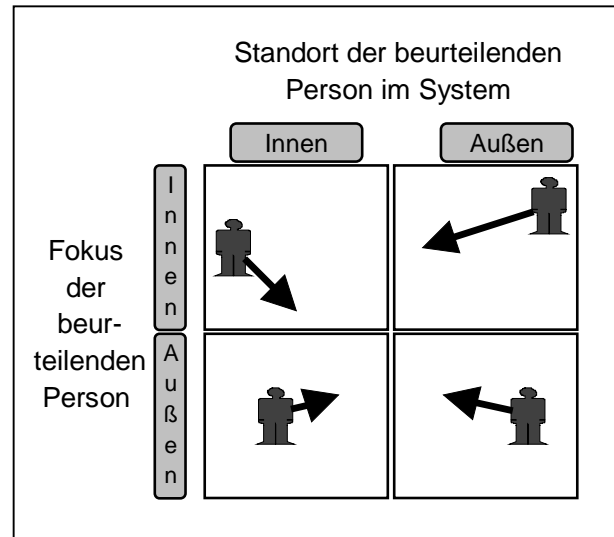


Abb. 1: Qualitätsorientierung in Abhängigkeit vom Standort des Beurteilers und seiner Blickrichtung auf das System.

## 2.4 Der Blick von außen auf das System: das Modell von Donabedian

Der Ausgangspunkt für die Entwicklung des Modells von Donabedian (1980) war die Beurteilung der medizinischen Versorgung. Es handelt sich demnach um *einen „Blick von außen auf das System“*. Das Modell ist daher von der Qualitätsorientierung eher extern ausgerichtet.

Mit seiner Unterscheidung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bieten das Modell und seine Weiterentwicklungen einen zentralen Ausgangspunkt für das Verständnis der Qualität von Dienstleistungen.

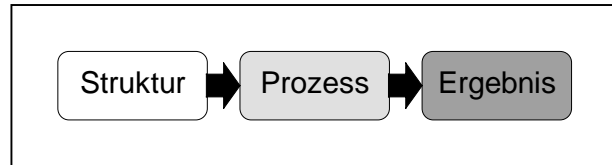


Abb. 2: Qualitätsmodell von Donabedian (1980)

### Strukturqualität

Hier steht die Wahrnehmung der Strukturen und Potentiale des Dienstleistungsanbieters im Vordergrund. Im Falle einer ergotherapeutischen Praxis könnten dies die Anzahl und der Ausbildungsstand der Mitarbeiterinnen, die räumliche Ausstattung der Praxis bzw. deren Größe sein. Es handelt sich demnach um relativ überdauernde Qualitätsmerkmale, die u.a. Grundlage organisatorischer Abläufe sind.

Die Strukturqualität kann nach Güthoff (1995) nur tendenzielle Hinweise auf die Gesamtqualität geben, da über die Zusammenhänge zwischen Struktur, Prozess und Ergebnis der Dienstleistung keine konkreten Aussagen gemacht werden können.

Donabedian (1980) sieht die Struktur als generelle Voraussetzung für eine gute Qualität. Die einzelnen Elemente geben eher Auskunft über die Qualität der gesamten Einrichtung.

### Prozessqualität

Die Prozessqualität umfasst die Festlegung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen und deren Durchführung. Sie beinhaltet u.a. die Qualität von Elterngesprächen, den Ablauf der Anamnese und die Durchführung der einzelnen Therapieeinheiten.

Die Prozessqualität hat nach Donabedian (1980) als einzige Dimension direkte Wirkung auf das Gesamtqualitätsurteil. Dies hängt damit zusammen, dass die konkreten Handlungen, deren Ergebniswirkungen als positiv oder negativ erachtet werden können, maßgeblich Einfluss auf das Qualitätsurteil hat.

### Ergebnisqualität

Diese Perspektive rückt die Beurteilung der erfolgten Leistung bzw. des Ergebnisses des Dienstleistungsprozesses in den Vordergrund. Hierunter kann beispielsweise die einzelfallstatistische Absicherung eines Therapieerfolges am Ende der Therapie eingeordnet werden.

Die Ergebnisdimension betrachtet Donabedian (1980) als indirekten Qualitätsindikator, da externe, intervenierende Faktoren Einfluss auf das Ergebnis nehmen können. Der Zusammenhang zwischen dem Prozess und dem Ergebnis könne daher nicht eindeutig bestimmt werden.

Zusammenfassend unterstellt Donabedian (1980) einen funktionalen Zusammenhang zwischen Struktur, Prozess und Ergebnis (vgl. Abbildung 2). Das konzeptionell eingängige Modell lehnt sich stark an die Phasen der Dienstleistungserstellung an. Eine differenzierte Bestimmung der einzelnen Qualitätsmerkmale und eine darauf aufbauende Messung der Dienstleistungsqualität ist nicht ohne weitergehende Operationalisierung möglich. Im Modell wird zudem nicht zwischen den Anbieter- und Kundenperspektive differenziert. Es lässt eine gewisse Willkür in der Zuordnung von Leistungen und Verantwortlichkeiten im Erstellungsprozess erkennen.

Donabedian (1980) wählte die medizinische Versorgung als Untersuchungsobjekt. Er fokussierte demnach eher allgemein auf ein komplexes Bestimmungsfeld. Für die Anwendung auf ergotherapeutische Dienstleistungen und zur Bestimmung der Qualität solcher Einrichtungen bedarf es einer umfassenden Operationalisierung, zumal der funktionale Zusammenhang zwischen den drei Dimensionen bislang nicht empirisch bestätigt werden konnte.

## 2.5 Qualitätsmodelle mit Fokussierung von innen nach außen

Ausgangspunkt der folgenden, eher in betriebswirtschaftlicher Tradition stehenden Modelle der Dienstleistungsqualität, ist die Frage, wie der Kunde die Qualität einer Dienstleistung wahrnimmt, und welche Faktoren diese Wahrnehmung beeinflussen. Hinsichtlich der Qualitätswahrnehmung orientieren sich die Autoren u.a. an Erkenntnissen zum Käuferverhalten (vgl. Güthoff, 1995, S.48f.).

Was ist nun das Ziel einer solchen „*externalen Qualitätsorientierung*“ bei der Betrachtung einzelner Qualitätsdimensionen? Bruhn (1997) dazu:

*„Die Gesamtheit aller Qualitätsdimensionen fokussiert letztlich auf den Wunsch, tiefergehende Einsichten über den Dienstleistungsbedarf zu gewinnen. Nur die genaue Spezifikation der Anforderungen an eine Dienstleistung aus der Nachfragerperspektive ermöglicht schließlich den gezielten Einsatz des Marketing- und Qualitätsinstrumentariums für den Dienstleistungsanbieter“ (S.33).*



### 2.5.1 Dienstleistungsqualitätsmodell von Grönroos

Ausgangspunkt der Modellkonzeption von Grönroos (1984; siehe auch Corsten, 1994, S.356ff.) ist ein vom Nachfrager vorgenommener Beurteilungsprozess, in welchem jener seine ursprünglichen Erwartungen bezüglich der Dienstleistung mit der tatsächlich erhaltenen Leistung vergleicht. Das Ergebnis dieser Bewertung ist die „erfahrene Dienstleistungsqualität“. Die dabei erstellte Dienstleistung teilt Grönroos (1984) hinsichtlich ihrer Qualität in zwei Komponenten ein – in eine technische und eine funktionale. Die technische Komponente kann dabei durchaus objektiv beurteilt werden und will einschätzen, „was“ der Nachfrager erhält. Dagegen steht die funktionale Komponente, die einer weitgehend subjektiven Beurteilung unterliegt, für die Art und Weise, „wie“ dem Nachfrager die Qualität dargeboten wird.

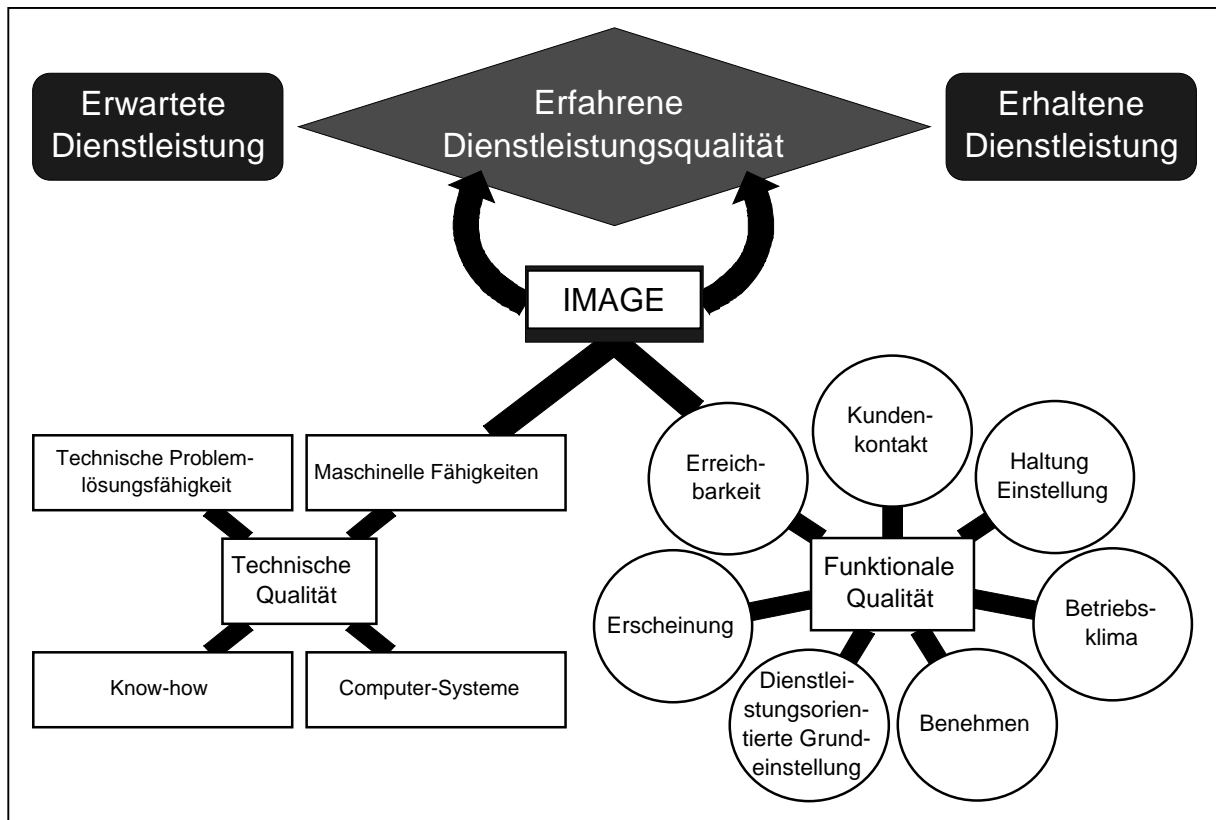


Abb. 3: Das Dienstleistungsqualitätsmodell von Grönroos (1984; aus Corsten, 1994)

Darüber hinaus werden beide Teilbeurteilungen durch das vorhandene Image des Dienstleisters gefiltert. Das spezifische Image bildet sich als Auswirkung der Dienstleistungserstellung an früheren Nachfragern, die dies u.a. durch direkte Kommunikation bei anderen potentiellen Nachfragern verbreitet haben und aus dem ersten Eindruck, den der Nachfrager vom Anbieter erhält.

Das „*Image einer Dienstleistung*“ in den Mittelpunkt der Modellbetrachtung zu stellen, geht von einem relativ stabilen Einstellungskonzept aus. Dies führt zu konzeptionellen Problemen: zum einen ist die reale Erfahrung einer Dienstleistung erforderlich, um aus dem Abgleich von Erwartung und Erfahrung das Image zu konstruieren. Ein Image kann sich aber sehr wohl ohne die reale Erfahrung von technischen bzw. funktionalen Qualitäten bilden. Nerdinger (1994) zu diesem Aspekt:

*„Nach der Erfahrung einer Dienstleistungsinteraktion, die öfter in Anspruch genommen wird, wäre demnach Zufriedenheit gleich Qualität, bei der ersten Begegnung mit einem Dienstleister gäbe es noch gar keine Qualität“ (S.195).*

## 2.5.2 Das Qualitätsmodell von Zeithaml, Berry und Parasuraman

Dem Qualitätsmodell von Zeithaml, Berry und Parasuraman (1992), auch als „*GAP-Modell*“ (Lücken-Modell) bezeichnet, liegt der kundenorientierte Qualitätsbegriff zugrunde, wobei die Ursachen der wahrgenommenen Qualität im Unternehmen gesucht werden.

*„Ganz im praxeologischen Selbstverständnis des Marketing verhangen, möchten die Autoren damit Praktikern ein Modell an die Hand geben, das die Gestaltung organisatorischer und kommunikativer Maßnahmen im Sinne der durch Marktforschung eruierten Kundenerwartungen steuern kann“ (Nerdinger, 1994, S.201).*

Dem Modell liegt demnach eine „*externe*“ Qualitätsorientierung zugrunde. Primär ist die praktische Umsetzung von Kundenwünschen. Es handelt sich um ein statisches, dem Anspruch nach branchenunabhängiges Modell der Dienstleistungsqualität, wobei es empirisch in vier Branchen erprobt wurde (Privatkundengeschäft von Banken, Kreditkartengeschäft, Wertpapiermakler, Reparaturwerkstätten), die nicht im Gesundheitswesen liegen. Mit Fokusgruppeninterviews wurde analysiert, in welcher Weise Nachfrager die Qualität von Dienstleistungen bewerten. Die Ergebnisse dieser Interviews lassen sich nach Bruhn (1997) wie folgt zusammenfassen:

- Trotz der relativ großen Divergenz hinsichtlich der einzelnen Branchen wurde beobachtet, dass sich die Qualitätsbeurteilung nach vielfach ähnlichen Merkmalen vollzieht.
- Besondere Servicequalität wird einem Dienstleistungsanbieter vor allem dann attribuiert, wenn die Erwartungen der Kunden (über-)erfüllt werden. Grundsätzlich bestimmt sie sich aus der Abweichung zwischen der erwarteten (erwünschten) Leistung und dem erlebten (wahrgenommenen) Leistungsniveau.
- Die Kundenerwartungen an die Dienstleistungsqualität werden hauptsächlich durch vier Impulse geprägt: mündliche Kommunikation der Kunden, persönliche Situation der Kunden, zurückliegende Erfahrungen mit dem Anbieter, Kommunikation des Anbieters.

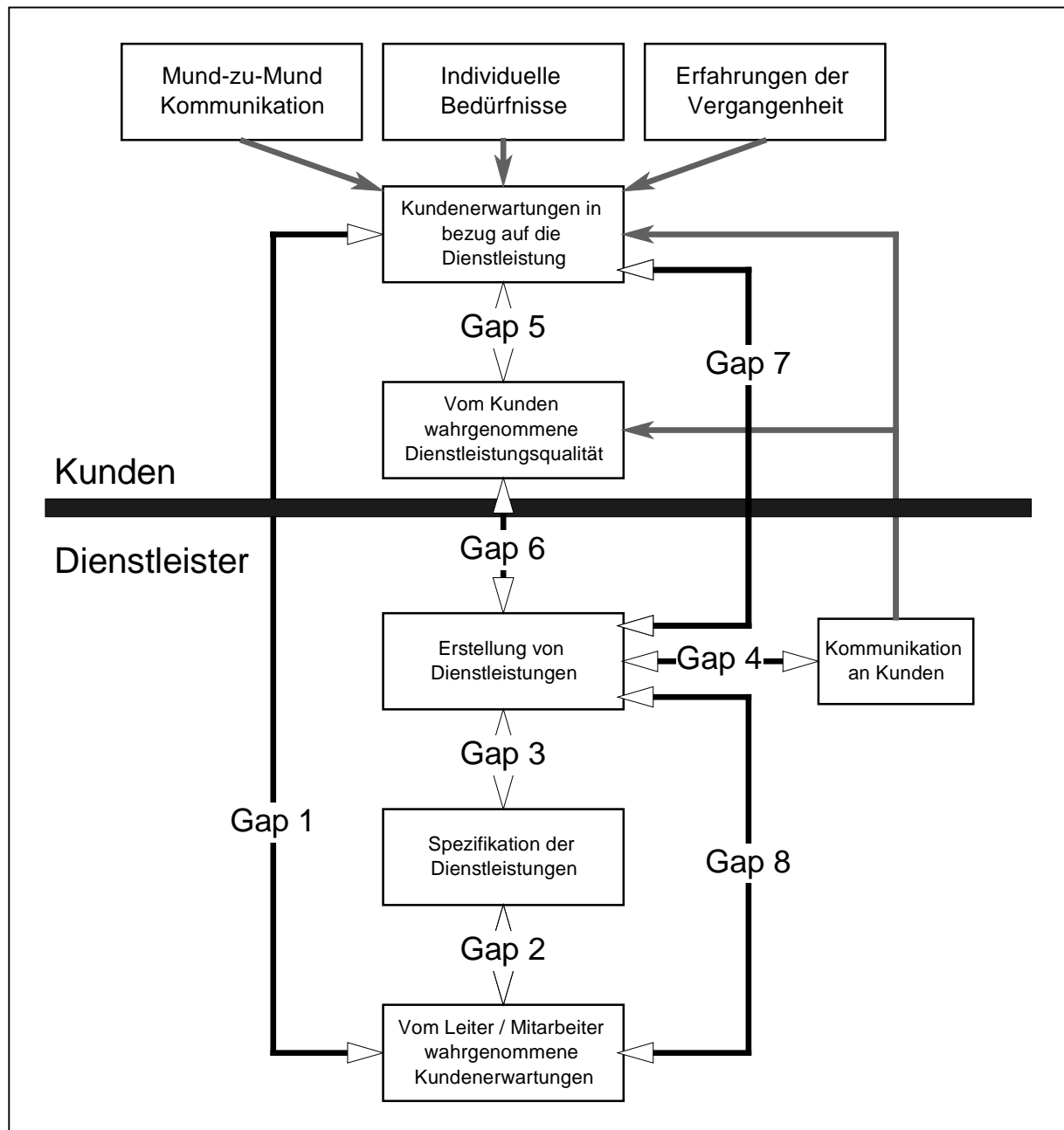


Abb. 4: Das Dienstleistungsqualitätsmodell von Parasuraman, Zeithaml und Berry (1984); erweitert durch Lewis (1987).

Als zentrales Ergebnis der durchgeführten Befragungen konnten darüber hinaus zehn Qualitätsmerkmale isoliert werden, die bei den Kunden eines Dienstleistungsanbieters zur Beurteilung der erfahrenen Qualität zur Geltung kamen (vgl. Abbildung 5).

Ein und dieselbe Person kann die Qualität einer Dienstleistung unter verschiedenen Blickwinkeln wahrnehmen. Beispielsweise ist bei Patienten, die ihre Therapie selbst bezahlen eine höhere Erwartungshaltung anzunehmen als bei Patienten, die von der Krankenkasse unterstützt werden. Vergleichbare Leistungen werden bei unterschiedlichen Rahmenbedingungen somit unterschiedlich bewertet.

Das „Lücken-Modell“ liefert einen Ansatzpunkt zur Erklärung unterschiedlicher Wahrnehmungen verschiedener Leistungsattribute durch Kunden bzw. Dienstleistungsanbieter. Die ersten fünf „Lücken“ bzw. „Gaps“ entstammen dem ursprünglichen Modellansatz (vgl., Zeithaml, Berry & Parasuraman, 1992).

Nach Forschungsarbeiten von Lewis (1987) bzw. Lewis & Chamber (1989) im Hotelgewerbe wurde das Modell zu einem erweiterten Erklärungssystem der Wahrnehmung von Dienstleistungsangeboten auf acht „Gaps“ ausgebaut (siehe Abbildung 4).

Sowohl auf der Anbieter- als auch auf der Nachfragerseite sind mehrere qualitätsrelevante Lücken zu erkennen, die nach Meinung der Autoren eine Erklärung dafür sein könnten, warum die Wahrnehmungen der Qualität bei den am Prozess der Dienstleistungserstellung beteiligten Personengruppen (Anbieter und Nachfragergruppen) häufig deutlich voneinander abweichen.

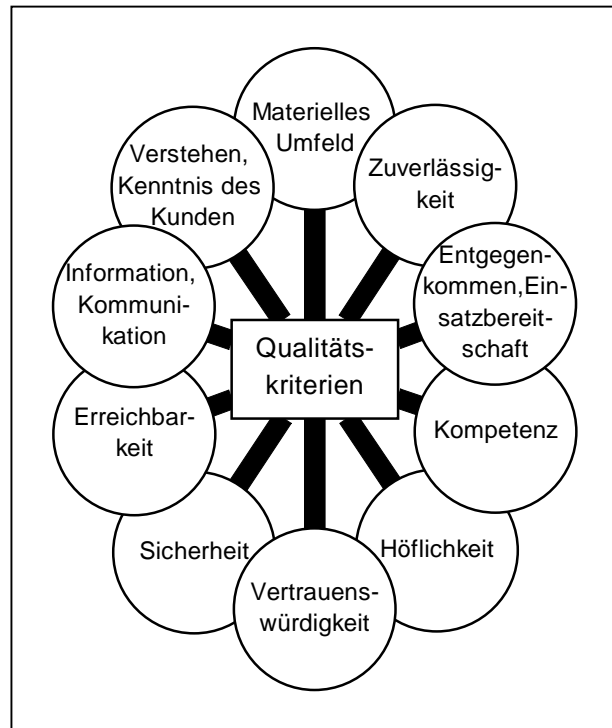


Abb. 5: Empirisch ermittelte Qualitätskriterien der Untersuchungen von, Zeithaml, Berry & Parasuraman (1992)

*Gap 1* deutet auf eine mögliche Diskrepanz zwischen den Kundenerwartungen und deren Wahrnehmung durch den Dienstleister hin. Die Erwartungen der Kunden gegenüber dem Dienstleister gründen sich auf Erfahrungen in der Vergangenheit und den durch Mund-zu-Mund-Kommunikation aufgebauten Einstellungen.

Drei zentrale Einflussfaktoren beeinflussen *Gap 1* (Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1992, S.66ff.): im direkten Kontakt zum Kunden werden in spezifischen Situationen einer Interaktion die Erwartungen und Bedürfnisse der Kunden erfasst. Es sollte also möglichst viel direkter Kundenkontakt angestrebt werden, was bei der Unternehmensgröße einer ergotherapeutischen Praxis sehr gut möglich ist.

Bei der Minimierung der Diskrepanz muss weiterhin der Erfassung der Kundenanforderungen durch Marktforschung (Konkurrenz, Produkt, Kunden) besonderes Gewicht beigemessen werden.

Schließlich spielt das unterschiedliche Qualitätsverständnis von Kunden und Anbietern eine wichtige Rolle.

*Gap 2* bezieht sich auf die Schwierigkeit der Umsetzung wahrgenommener Kundenerwartungen in konkrete Dienstleistungsspezifikationen (Hentschel, 1990, S.234). Hier spielt die interne Unternehmenskommunikation eine wesentliche Rolle. Informationen über Zustände, Veränderungen, Aktivitäten und Probleme sollten demnach schnellstmöglich durch verantwortliche Personen in rechtzeitige und zielgerichtete Maßnahmen umgesetzt werden. Für die Ausrichtung einer ergotherapeutischen Praxis bedeutet dies, dass eine funktionierende „*Besprechungskultur*“ angeregt werden sollte, die mit Einzelverantwortlichen bzw. kleinen Arbeitsgruppen schnell Maßnahmen umsetzen kann. Neben der internen Kommunikation hat auch die Einstellung der Anbieter zu ihren Dienstleistungen einen großen Einfluss auf die Spezifikation.

*Gap 3* resultiert aus der Diskrepanz zwischen den Spezifikationen der Dienstleistungsqualität und der tatsächlichen Dienstleistungserstellung. Die Qualifikation und Motivation der Mitarbeiter, die technische Ausstattung und die Umfeldfaktoren in der Mikro- und Makroumwelt des Unternehmens beeinflussen die Realisierung. Für eine hochwertige Dienstleistungserstellung benötigen ergotherapeutische Praxen Standards für die Durchführung der Therapien, die Dokumentation, die Erfolgskontrolle und schließlich die Kommunikation der Therapieerfolge nach außen benötigt.

*Gap 4* entsteht, wenn mehr versprochen wird, als im Endeffekt geleistet werden kann. Mögliche Quellen der Kommunikation sind dabei Massenmedien und die Handlungen und Aussagen der Mitarbeiter im Dienstleistungserstellungsprozess.

Bei ergotherapeutischen Dienstleistungen ist es u.a. notwendig, die prognostischen Botschaften an Patienten und Angehörige abzuwägen, zumal es wenige wissenschaftlich gesicherte Aussagen über Wirksamkeit einzelner Interventionen gibt. Auch Aussagen über den zu erwarteten Zeitraum einer vermutlichen Veränderung sind äußerst unsicher.

Missverständliche Aussagen, die Interpretationsspielräume über das tatsächlich zu erwartende Niveau der Dienstleistungsqualität eröffnen, rufen bei den Patienten im Falle der Nichterfüllung Unverständnis bzw. Verärgerung hervor (vgl. Zeithaml et al. 1992, S.143ff.).

Bei der Zielformulierung und der Entwicklung prognostischer Aussagen sollten Patienten und Angehörige daher beteiligt werden.

Wichtigste Lücke im Sinne dieses external ausgerichteten Modells ist *Gap 5*, beeinflusst durch andere Gaps. Die hier zugrundeliegende Diskrepanz zwischen der erwarteten und der real erlebten Dienstleistungsqualität kann durch Minimierung der vorherigen vier Gaps verringert werden.

Nach Lewis (1987) sind noch weitere Lücken zu beachten, die ihrerseits die Kundenzufriedenheit beeinflussen können und Ansätze zum Qualitätsmanagement darstellen. Für die praktische Ausrichtung im ergotherapeutischen Feld erscheinen diese Aspekte allerdings zu abstrakt. Aus diesem Grund werden sie hier nur der Vollständigkeit halber dargestellt.

*Gap 6* beschreibt die mögliche Diskrepanz zwischen der erfahrenen Qualität aus Kundensicht und dem, was aus Anbietersicht geleistet wurde, bzw. hätte geleistet werden sollen. Da *Gap 6* in der Hotelbranche erprobt wurde, lässt sie sich mit einer Frage verdeutlichen, die Lewis (1987) dem Management und den Kunden eines Hotels stellte: „*What do you find particularly satisfying and dissatisfying about this hotel?*“ Maßgebliche (Un-)Zufriedenheitsfaktoren konnten ermittelt werden und es zeigten sich erhebliche Unterschiede zwischen der Sichtweise der Kunden und der Sichtweise des Managements.

Eine solche Untersuchung erscheint auch bei Dienstleistungen im Gesundheitswesen angezeigt, um relevante Attribute aus Kunden- bzw. Anbieterperspektive herauszuarbeiten.

Mit Hilfe des *Gap 7* wird der Unterschied zwischen Kundenerwartung in Bezug auf die Dienstleistung und der aus Sicht des Anbieters erstellten Leistung deutlich. Nur in 2 von 44 Attributen (in der Studie von Lewis, 1987) nahm das Management an, schlechter zu sein als die Kundenerwartungen.

*Gap 8* thematisiert schließlich die unternehmensinterne Frage, ob der Anbieter glaubt, die Dienstleistung in dem Sinne zu erstellen, wie die Kunden es erwarten.

Das vorgestellte erweiterte Gap-Modell zeigt mögliche Diskrepanzen zwischen Wahrnehmungen bzw. Einstellungen bei Kunden und Dienstleistern. In der Betriebswirtschaftslehre wird meist auf die langfristig positiven Auswirkungen einer hohen Kundenzufriedenheit vertraut. Der Fokussierung auf den Kunden (Kundenbefragungen etc.) kommt in dieser Sichtweise entscheidende Bedeutung zu. Es geht letztendlich um angenommene Erwartungen des Kunden, die es zu befriedigen gilt. Wie der Name „Gap“ schon sagt, handelt es sich um ein defizitorientiertes Qualitätsmodell, dass eine „*Punktlandung*“ zwischen Kundenerwartungen und den Aktionen bzw. Reaktionen des Dienstleisters postuliert, um maximale Kundenzufriedenheit zu schaffen.

Mögliche Widersprüche zwischen Unternehmenskultur, Organisationsstruktur und Kundenerwartungen werden nicht thematisiert.

### 2.5.3 Das Dienstleistungsqualitätsmodell von Meyer und Mattmüller

Das Qualitätsmodell von Meyer und Mattmüller (1987) verbindet die Modellkomponenten von Donabedian (1980) mit den Ausführungen von Grönroos (1984). Es integriert und detailliert die drei Qualitätskomponenten Potential-, Prozess- und Ergebnisqualität und differenziert in die Anbieter- und die Nachfragerseite.

Die Potentialqualität des Anbieters kennzeichnet die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter und der sie unterstützenden materiellen Ausstattung. Das „*Spezifizierungspotential*“ meint dabei die Fähigkeit des Anbieters, individuelle Problemlösungen anzubieten.

Das „*Kontaktpotential*“ kennzeichnet die marketingorientierte Ausrichtung der Mitarbeiter. Durch das „*Kontaktpotential*“ in der Phase vor dem eigentlichen Beginn der Dienstleistungserstellung, soll dem Kunden ein Gefühl des Vertrauens und der Kompetenz vermittelt werden. Durch die Potentialqualitäten des Anbieters soll das bereits erwähnte vom Kunden subjektiv wahrgenommene Risiko der Inanspruchnahme der Dienstleistung verringert werden (vgl. Kapitel 2.2.1).

Auch die Potentialqualität des Nachfragers ist in zwei Teilqualitäten aufgegliedert. Mit dem Begriff des „*Integrationspotentials*“ wird die Frage umschrieben, wie potentielle Nachfrager auf den Anbieter wirken. Problemverständnis, Erfahrung und individuelle Wünsche des Nachfragers beeinflussen bereits vor Beginn der Therapie das mögliche Ergebnis des Dienstleistungsangebots. Die genaue Exploration des Integrationspotentials durch den Anbieter kann den späteren Erstellungsprozess maßgeblich beeinflussen. Dem „*Interaktionspotential*“ werden die möglichen Auswirkungen von Kontakten und Interaktionen zwischen unterschiedlichen Kunden zugerechnet. Die Interaktivität der Nachfrager untereinander kann sich beispielsweise in Form von Empfehlungen ehemaliger Patienten bzw. deren Angehöriger ausdrücken.

Die Prozessqualität ist das Ergebnis des Aufeinandertreffens und Interagierens von Anbieter und Nachfrager und somit abhängig von den jeweiligen Potentialen.

Sämtlichen Teilqualitäten gemeinsam ist ihr im Kern geteiltes Wesen. Diese Zweiteilung orientiert sich an den Teilqualitäten im Ansatz von Grönroos (1984) und unterscheidet entsprechend danach „*was*“ der Nachfrager erhält und „*wie*“ dies geschieht. Neben der rein funktionalen Abwicklung der einzelnen Phasen des Erstellungsprozesses („*was*“; *Tech Quality*) ist bei allen Teilqualitäten dieses Modells die emotionale bzw. menschliche Erbringungsqualität („*wie*“; *Touch Quality*) für die Entwicklung der Kundeneinschätzung der Dienstleistungsqualität von wesentlichem Erklärungswert. Die *Tech Quality* wird auch als „*physical quality*“ und die korrespondierende *Touch Quality* als „*interactive quality*“ bezeichnet (Lethinen & Lethinen, 1991, S. 288f.).

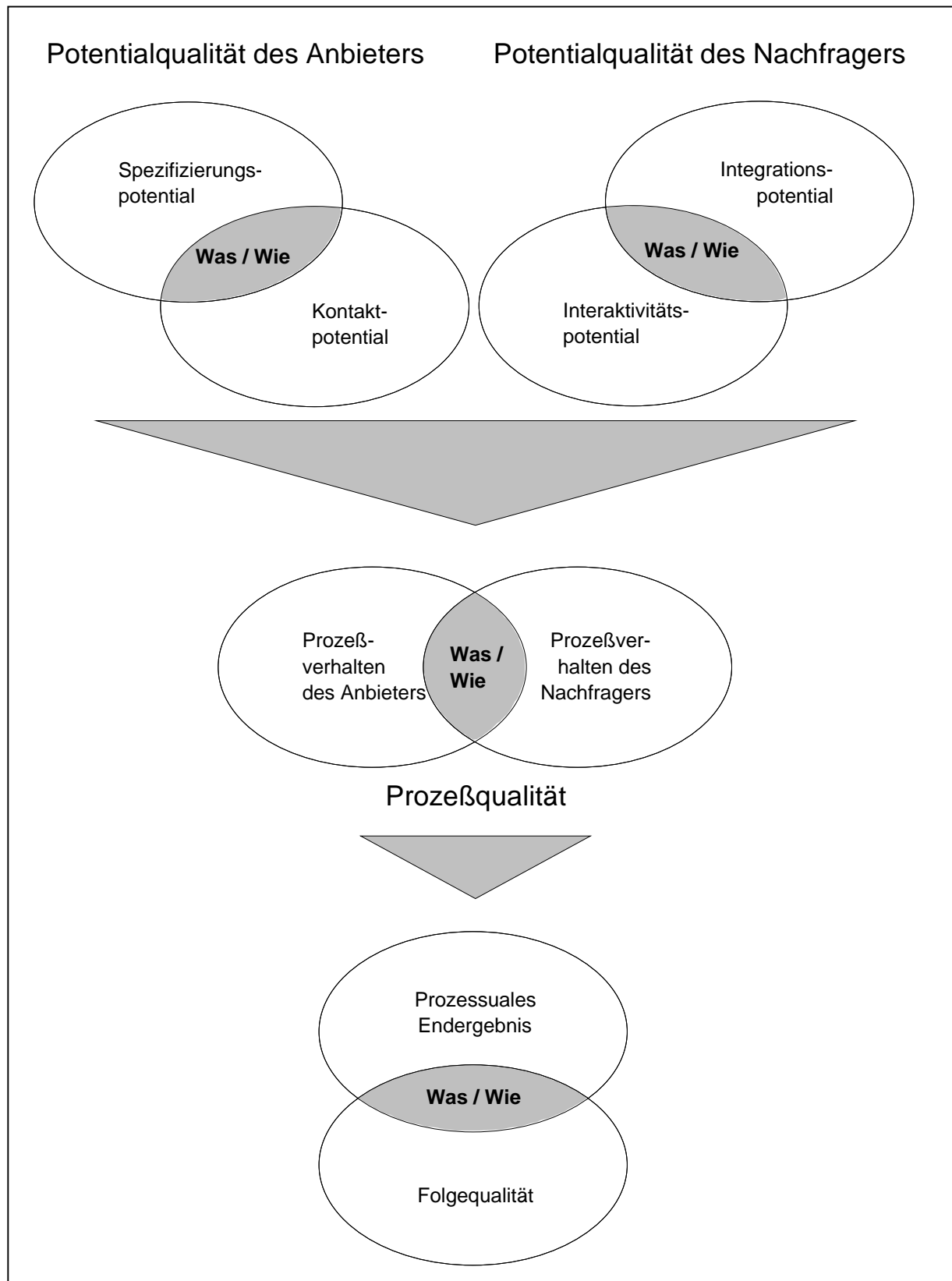


Abb. 6: Das Dienstleistungsqualitätsmodell von Meyer und Matzmüller (1987)



Ob sich beide Qualitätsmerkmale ergänzen bzw. kompensieren oder in der Sicht des Anbieters bzw. Nachfragers unabhängig voneinander sind, ist bislang empirisch nicht geklärt (vgl. Westerbarkey, 1996, S.35f.).

Die resultierende Ergebnisqualität im Modell von Meyer und Mattmüller stellt die Wirkung heraus, die der Prozess der Dienstleistungserstellung beim Kunden hinterlässt. Dabei unterteilen die Autoren diese Qualitätskomponente in einen sofort wahrnehmbaren Teil, der in Anlehnung an Donabedian (1980, S.90) als „*prozessuales Endergebnis*“ bezeichnet wird, und eine „*Folgequalität*“, die häufig erst nach einem längeren Zeitraum wahrnehmbar ist. Auch diese Unterteilung erscheint für die Auseinandersetzung mit einem Qualitätsmanagement für ergotherapeutische Dienstleistungen wesentlich, da sich die Folgen einer Therapie häufig erst nach Beendigung des therapeutischen Prozesses zeigen.

In jeder der drei Phasen konkretisiert sich die Qualitätswahrnehmung an Teilqualitäten, die für sich genommen Ansatzpunkte zum Qualitätsmanagement von Dienstleistungen bieten. Die individuelle Reflexion als Erhebungsinstrument dieser Arbeit (vgl. Kapitel 4.2.2) fördert ebenfalls unverbundene Kriterien zutage, die als Teilqualitäten angesehen werden können. Wie schon erwähnt, wird von allen bislang aufgezeigten Modellen die Nachfragerperspektive in den Mittelpunkt gestellt und die Anbieterperspektive vernachlässigt, obwohl sie ein entscheidender Ausgangspunkt für die Ausgestaltung und Schwerpunktbildung im Erstellungsprozess der Dienstleistung darstellt. Die Autoren verstehen unter Potentialqualität der Anbieter „*die subjektive Einschätzung von Dienstleistungsangeboten durch potentielle Nachfrager*“ (Meyer & Westerbarkey, 1991, S. 90). Da sich die Potentialqualität im wesentlichen vor der eigentlichen Leistungserstellung auswirkt, soll dem Kunden durch Ausstattung des Kontaktumfeldes und die Wahl der Mitarbeiter ein Gefühl des Vertrauens und der Kompetenz vermittelt werden. Dies entspricht dem „*Kontaktpotential*“ im Modell. Die erste Kontaktaufnahme mit der Ergotherapeutin geschieht im Regelfall per Telefon. Aus diesem Grund erscheint gerade dieser „Kanal“ des Kontaktumfeldes wesentlich.

Neben dem „*Kontaktpotential*“ muss der Anbieter über ein gewisses „*Spezifizierungspotential*“ verfügen, d.h. er muss in der Lage sein, das Dienstleistungsangebot speziell auf die Wünsche der Kunden auszurichten. Dies umfasst im Falle ergotherapeutischer Dienstleistungen u.a. die Freiheitsgrade bei der Terminwahl durch den Patienten, die Wahl der Therapeutin, die Ausrichtung der Therapie, etc.

Interessant an dem Modell ist, dass auch die Nachfragerperspektive in zwei Teilqualitäten aufgeteilt ist. Der Anbieter sollte das „*Integrationspotential*“ des Kunden kennen und möglicherweise auch gezielt beeinflussen, um den Erstellungsprozess in eine bestimmte Richtung zu lenken und somit bereits das Ergebnis der Dienstleistung mitzubestimmen.

Neben dem Integrationspotential spielt das „*Interaktivitätspotential*“ als Teilqualität eine wesentliche Rolle (vgl. Westerbarkey, 1995). Dabei geht es um die Fähigkeit der Nachfrager,

sich im Dienstleistungsprozess gegenseitig zu unterstützen (Meyer, 1994, S. 70). Die Interaktivität der Nachfrager untereinander kann sich beispielsweise in Form von Empfehlungen ehemaliger Patienten (bzw. deren Angehörigen) ausdrücken. Bei dem hier betrachteten Erstellungsprozess innerhalb der Pädiatrie sind damit u.a. auch die Fähigkeiten der Eltern zur konstruktiven Zusammenarbeit gemeint, genauso wie die Interaktion zwischen Eltern und Lehrern, fokussiert auf die Belange des behandelten Kindes.

Tab. 1: Leitfragen zur Spezifizierung der Qualitätsmerkmale im Modell von Meyer & Mattmüller (1987) auf ergotherapeutische Praxen

Potentialqualität des Anbieters	<i>Spezifizierungspotential</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Möglichkeiten und Grenzen erlaubt die Therapie bei der individuellen Ausrichtung auf die Kunden? – Zeitflexibilität, flexibler Einsatzort, Therapiematerial, Wahl der Therapeutin etc.</li> <li>• Wie wird die Therapie flexibel auf die Anforderungen des Kunden zugeschnitten?</li> </ul>
	<i>Kontaktpotential</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Kontaktmöglichkeiten hat der Kunde? – Möglichkeiten der persönlichen Kontaktaufnahme – Warteräume etc.</li> <li>• Wie sind die Kontaktmöglichkeiten gestaltet? – Umgangsformen am Telefon, – Gestaltung des Wartebereichs.</li> </ul>
Potentialqualität des Nachfragers	<i>Integrationspotential</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Erwartungen hat der Kunde?</li> <li>• Was schätzt er als einen Erfolg bzw. Misserfolg der Therapie ein? (GAS-Skalierung).</li> <li>• Welche Möglichkeiten und Grenzen sieht der Kunde bei der Kooperation mit der Therapeutin?</li> </ul>
	<i>Interaktivitätspotential</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche externen Bedingungen (familiärer Kontext, etc.) erleichtern bzw. erschweren die Übertragung der Erfahrungen in den Alltag?</li> <li>• Wie sieht das soziale Netzwerk des Kunden aus?</li> </ul>
Prozessqualität	<i>Anbieter</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie ist der Ablauf einer Therapie gestaltet?</li> <li>• Wo gibt es Stärken bzw. Schwachstellen in der Ablaufgestaltung?</li> </ul>
	<i>Nachfrager</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Fähigkeiten hat der Kunde, die angebotenen therapeutischen Interventionen im Alltag umzusetzen?</li> <li>• Wie setzt der Kunde die Maßnahmen um?</li> <li>• Wo liegen seine Stärken bzw. Schwächen bei der Umsetzung im Alltag?</li> </ul>
Ergebnisqualität	<i>Prozessuales Endergebnis</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Verfahren werden zur Bestimmung der Ergebnisqualität angewendet?</li> <li>• Wie werden die Verfahren angewendet?</li> </ul>
	<i>Folgequalität</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gibt es eine Nachbetreuung des Kunden?</li> <li>• Wie wird der Kunde nachbetreut?</li> </ul>

Das Qualitätsmodell von Meyer und Mattmüller hat heuristischen Wert. Es hilft, bei einem strukturierten Vorgehen zur Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagement-Systems, die einzelnen Schwerpunkte klarer voneinander abzugrenzen.

In der Übertragung auf ergotherapeutische Dienstleistungen könnte das Modell eine Reihe von Ansatzpunkten liefern (vgl. Tabelle 1). Obwohl das Modell stark auf die Nachfragerseite ausgerichtet ist, kann es doch innerhalb eines Beratungsprozesses dazu dienen, zu Maßnahmen der internen Qualitätssicherung anzuregen.

## 2.6 Qualitätsmodelle mit dem Fokus von außen nach innen

„Wenn man sich vergegenwärtigt, dass Qualitätssicherung zunächst – nicht immer aber doch sehr oft – als interne Qualitätssicherung beginnt, und die externe Qualitätssicherung auf der Internen aufbaut, dann wird deutlich, dass es falsch ist, einen schroffen Gegensatz zwischen interner und externer Qualitätssicherung zu sehen. (...). Die ersten Schritte werden häufig interner Natur sein. Erst wenn man festeren Boden unter den Füßen hat, wird man Dritte, insbesondere die Kostenträger, einbeziehen wollen“ (Luithlen, 1995, S.26).

Ziel intern ausgerichteter Qualitätsmodelle ist es, den alleinigen Bezug auf die Bedienten als Maßstab der Qualität zu überwinden.

### 2.6.1 Das Modell von Bitner

Bitner (1990) erweitert das *Gap-Modell* um den kognitiven Prozess im Rahmen der Interaktion zwischen Dienstleister und Kunde. Diese direkte Begegnung stellt sie als grundlegende Einheit in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen. Beeinflusst werden die Erwartungen an die Interaktion durch die Einstellungen des Kunden gegenüber der Dienstleistung und gegenüber dem Dienstleister.

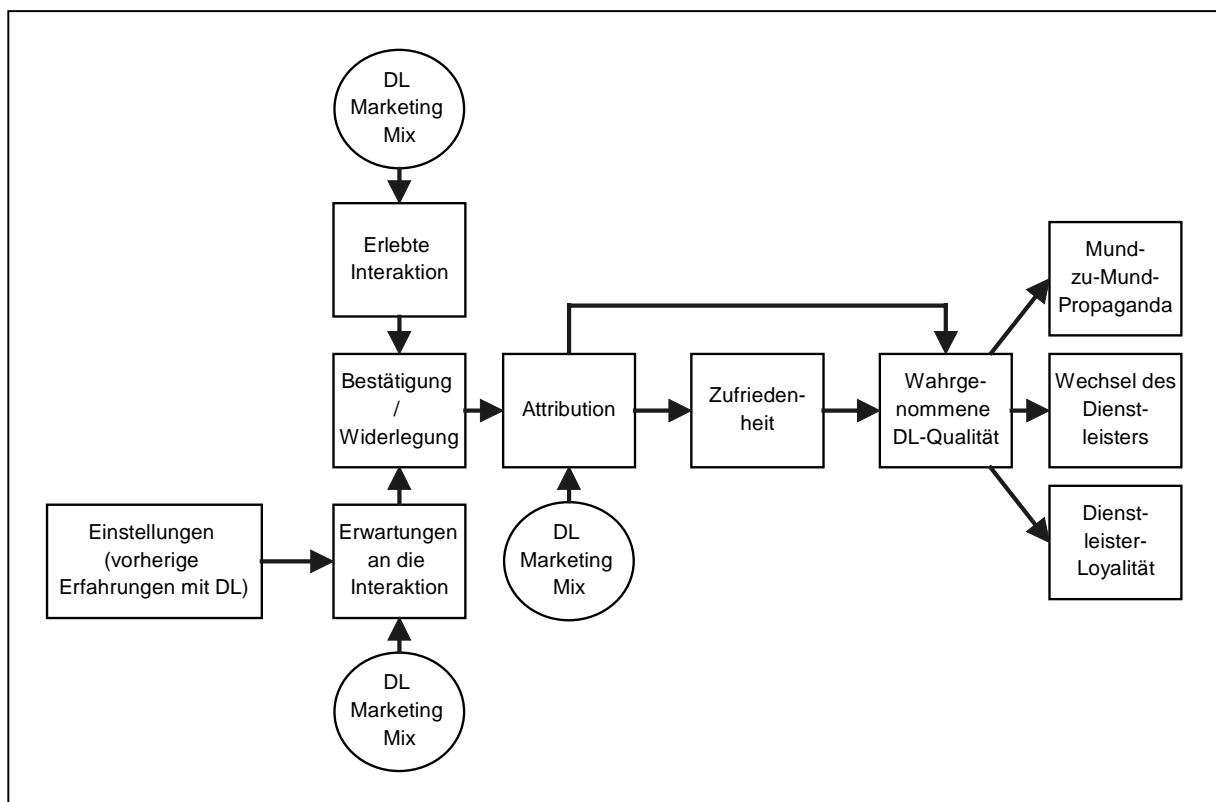


Abb. 7: Attributionsmodell der Dienstleistungsqualität von Bitner (1990)

Das Neue an der Konzeption von Bitner (1990) ist die Verknüpfung und Integration von erwartungs-theoretischen Überlegungen mit Prozessen der Kausalattribution als intervenierende Variable, Bezug nehmend auf die Attributionstheorie von Kelly (vgl. Berkel, 1998).

In dieser Übertragung bedeutet dies, dass Kunden nach einer Ursache für ihre (Un-) Zufriedenheit im Rahmen der Interaktion mit dem Dienstleister suchen. Der Ausgang dieses Attributionsprozesses führt schließlich zur (Un-) Zufriedenheit des Kunden.

Die Zufriedenheit des Kunden stellt in dieser Konzeption demnach die unabhängige Variable dar, die sich je nach Ausprägung in der wahrgenommenen Dienstleistungsqualität zeigt, die im Resultat zu positiven bzw. negativen Auswirkungen für den Dienstleister führt.

Bitner (1990) überprüfte ihre Annahmen anhand eines Experiments. Es wurden verschiedene „Fehler im Service“ als Situationen in einem Reisebüro nachgestellt. Sie konnte nachweisen, dass die Attribution der Ursachen für einen Fehler, einen Einfluss auf die Zufriedenheit der Kunden hatte.

Berkel (1998) fasst die Ergebnisse wie folgt zusammen:

*„Kunden, die glaubten, dass der aufgetretene Fehler nicht unter Kontrolle des Dienstleisters steht, sind zufriedener als die Kunden, die glaubten, dass der Fehler bei dem Dienstleister liegt. Weiterhin zeigte sich, dass sowohl externale Erklärungen als auch das Angebot einer Wiedergutmachung und ein ordentlicher räumlicher Eindruck als entschuld bare Ursachen für das Zustandekommen des Fehlers angesehen werden “ (S.40).*

Das Modell von Bitner (1990) nutzt aufgrund seiner attributionstheoretischen Ausrichtung psychologische Variablen. Die Ausrichtung bleibt allerdings external, da im Mittelpunkt Erklärungsversuche zu Problemen der Bedienten-Zufriedenheit stehen.

Nerdinger (1994) resümiert zu der Ausrichtung einer solchen Forschungsstrategie:

*„Die weitere Erforschung der psychologischen Prozesse kann letztlich ‚nur‘ zu einem immer vertiefteren Verständnis dessen führen, wie Bediente zu Qualitätsurteilen kommen. Solche Urteile müssen aber zwangsläufig hoch mit der Zufriedenheit korrelieren, was nur bedeutet, dass damit das Qualitätskonzept redundant wird“ (S.205).*

Im folgenden Ansatz von Klaus (1991) rückt die authentische Interaktion zwischen Dienstleister und Bedienten in den Mittelpunkt, wobei der Fokus auf den Dienstleister stärker ausgestaltet wird.

### 2.6.2 Das Modell von Klaus

*„Bedienungsqualität‘, die nicht authentisch ist, wird als Schein-Qualität empfunden und negativ bewertet“ (Klaus, 1991, S.249).*

Klaus (1991) setzt sich wie Bitner (1990) mit der Interaktion zwischen Dienstleister und Bedientem auseinander. In seinem Modell wird die Zufriedenheit des Kunden allerdings nicht als Einflussgröße für Qualität verwendet. Er grenzt die zwischenmenschlich-interaktionelle Dienstleistung von der quasi-industriellen Dienstleistung ab.

*„Quasi-Industrielles‘ Dienstleistungsmanagement ist gefordert, wo physisch-technische, ‚gegenständliche‘ Agenten bzw. Produktionsmittel auf gegenständliche Objekte einwirken, um vorwiegend materielle Wirkungen zu erzielen (z.B. automatisierter Reinigungs-, Reparatur- und Wartungsdienstleistungen; mit einem Quentchen weniger Materialität: Gütertransport- und andere Logistikdienstleistungen, Fast-Food-Service). Für die Analyse und Gestaltung quasi-industrieller Dienstleistungen ist das ganze klassische Instrumentarium des industriellen Rationalisierungs- und Marketingmanagements anwendbar“ (Klaus, 1991, S.253).*

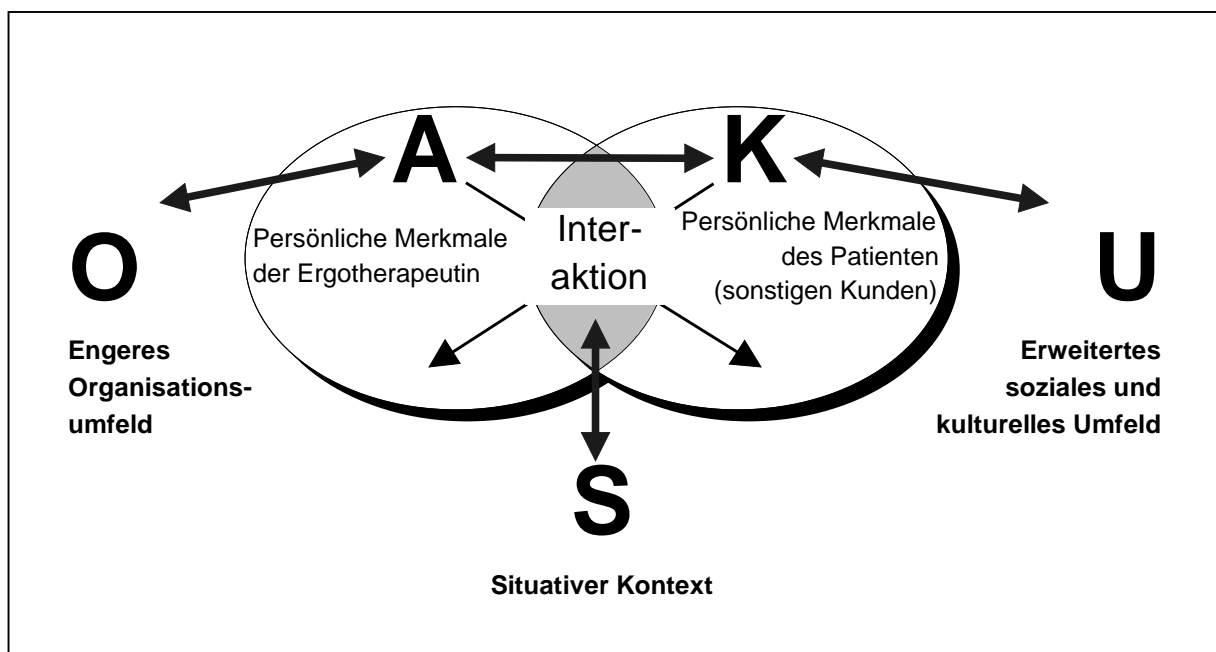


Abb. 8: Modell der Bedienungsqualität von Klaus (1991)

Klaus fokussiert allerdings auf zwischenmenschlich-interaktionelle Dienstleistungen, womit eine große Nähe zum ergotherapeutischen Setting erreicht wird und verwendet dafür den Begriff „Bedienungsqualität“.

*„Zwischenmenschlich-interaktionelles‘ Dienstleistungsmanagement ist gefordert, wo soziale Interaktionen im Mittelpunkt stehen, die die Herbeiführung nicht-materieller Veränderungen zwischen den Agenten und Klienten im intellektuellen und emotionalen Bereich zum Zweck haben (z.B. persönliche Bildungs-, Unterhaltungs- und Beratungsdienstleistungen; Gesundheits- bzw. Schönheitsdienste, die ein Quentchen mehr Materialität enthalten). Analyse und Gestaltung zwischenmenschlich-interaktionsorientierter Dienstleistungen erfordert primär den Einsatz psychologischer und sozialpsychologischer Prozesse und Instrumente“ (Klaus, 1991, S.253).*

Klaus (1991) sieht in der Bedienungsqualität ein Epiphänomen, das keiner gezielten Gestaltung und Kontrolle unterliegt, sondern aus der Konfiguration der beteiligten Elemente resultiert. Bei diesem sozialpsychologischen Phänomen lassen sich nach Klaus (1991, S.260) *„wiederkehrende, stabile und somit messbare Verhaltensstrukturen der Dienstleistungs-Interaktionspartner erkennen (...), die sinnvoll als Widerspiegelungen eines bestimmten Qualitätsniveaus der Interaktion zu interpretieren sind.“*

Ausgangspunkt bei Klaus (1991) ist das Postulat der „Nicht-Trivialität“ von Dienstleister und Bedientem. Er greift die These Foerster's (1991) auf, nach der psychische Systeme selbstreferentiell sind. Sie können von ihrer Umwelt nur zu internen Operationen angeregt werden, nicht aber von außen deterministisch gesteuert werden.

*„Die Anwendung von Instrumenten und Theorien zum Qualitätsmanagement, die in der Welt ‚trivialer Maschinen‘ bei industrialisierbaren Dienstleistungen hervorragende Erfolge bringen mögen, wird im Bereich zwischenmenschlich-interaktiver Dienstleistungen nicht funktionieren“ (Klaus, 1991, S.256).*

Ziel eines Qualitätsmanagements nach einem solchen Ansatz ist, die Qualität dadurch zu erhöhen, dass negative selbstreferentielle Handlungs- und Wirkungskreise verändert und schließlich aufgelöst werden. Zu gestalten und zu kontrollieren sind nur die Elemente der Konfiguration. Somit müssen in einem ersten Schritt die Elemente aufgedeckt werden und durch bewusstes, schrittweises Variieren nach dem *„Prinzip von Versuch-und-Irrtum“* lassen sich die gegebenen Konfigurationen verändern, ohne dass gezielte Wirkungen durch einen vorherigen Planungsprozess vorhersagbar gemacht werden könnten.

Im Modell (vgl. Abbildung 8) sind die allgemeinen Elemente einer Konfiguration der Bedienungsinteraktion dargestellt.

Als Ergebnis einer empirischen Untersuchung von Bedienungsinteraktionen im Fahrkartenverkauf der Eisenbahnen (Klaus, 1983; aus Klaus 1991) resultierte „gute“ Bedienungsqualität aus dem kumulativen Zusammentreffen von drei Aspekten: *„Kongruenz der Verhaltensweisen“*, *„Grad an sachlicher Aufgabenerfüllung“* und *„Grad an emotionaler Zufriedenheit“*.

Kongruenz bezieht sich auf die angemessene Beachtung der Normen und „Zeremonien“ im sozialen Umgang der Akteure. Die sachliche Aufgabenerfüllung bezieht sich auf die Erreichung des Sachzwecks der Interaktion, beispielhaft übertragen auf das ergotherapeutische Setting, ob es aufgrund der Interaktion von Therapeutin und Patient innerhalb einer Therapiestunde möglich war, die Anamnese durchzuführen und abzuschließen.

Schließlich meint die emotionale Zufriedenheit das Maß an Erfüllung elementarer psychologischer Bedürfnisse, die Menschen im zwischenmenschlichen Umgang suchen.

Klaus (1991) nennt in diesem Zusammenhang folgende drei Bedürfnisse: „*Kontrolle in der Interaktionssituation*“, „*Gefühl der Einbeziehung*“ und „*Gefühlswärme*“. Klaus (1991) nutzt in seinem Modell die Interaktion als zentrale Dienstleistungseinheit und integriert sie in die Definition einer Dienstleistungsqualität. Problematisch ist dabei nach Nerdinger (1994), dass eine so verstandene Qualität einer direkten empirischen Erfassung nicht zugänglich ist. Die Argumentation von Klaus (1991), dass dies in der Natur der Sache liege (Qualität = „*Epiphänomen*“), erscheine allerdings durchaus berechtigt.

### 2.6.3 Das Strukturmodell der Dienstleistungen von Nerdinger

Nerdinger (1994) setzt sich kritisch mit Modellen der Dienstleistungsqualität auseinander und resümiert:

*„Die Chronologie der Modelle verweist darauf, dass mit der ‚Entdeckung‘ der interaktiven Natur von Dienstleistungen durch das Marketing Zug um Zug psychologische Variablen immer wichtiger für die Modellbildung wurden“ (S.199).*

Dienstleistungen umfassen als sozio-ökonomische Phänomene mehrere psychologisch relevante Merkmale und setzen sich aus spezifischen Strukturen zusammen.

Nerdinger (1994) plädiert dafür, Qualität von Zufriedenheit zu differenzieren. Die Wahrnehmungen beider Akteure (Dienstleister und Bedienter) müssen bei der Qualitätsdefinition stärker berücksichtigt werden.

*„Die Kopplung zwischen Organisation und Dyade erfolgt über die Person der Dienstleister, sie kennen sowohl die Wünsche, Bedürfnisse, Erwartungen und Ansprüche der Bedienten, als auch die Bereitschaft und Fähigkeit der Organisation, diese zu erfüllen. Gerade die Wahrnehmung, inwieweit die organisatorischen Strukturen und Prozesse sie in der konkreten Interaktion mit den Bedienten unterstützen oder behindern, kann nicht ohne Folgen für ihr eigenes Verhalten gegenüber den Bedienten bleiben. (...) Damit konstituiert sich eine psychologische Verknüpfung zwischen den Strukturen und Prozessen der Organisation und den Bedienten über die im Verhalten der Dienstleister reflektierten Wahrnehmungen eben*

*dieser Prozesse. Unter dieser Annahme kann aber die Qualität der Dienstleistungen als die von Dienstleistern wahrgenommene Ausrichtung innerorganisatorischer Prozesse an den Erfordernissen der Dienstleistung bestimmt werden“ (Nerdinger, 1994, S.218).*

Nerdinger (1994) versucht, anhand des hier vorgestellten Strukturmodells, zu theoretischen Grundlagen einer Psychologie der Dienstleistung zu gelangen (vgl. Abbildung 9).

Dieses Modell schließt explizit die Organisation, in der die Dienstleistung erbracht wird, mit ein. Bei der Ausrichtung eines Qualitätsmanagements als Maßnahme der Organisationsentwicklung innerhalb einer ergotherapeutischen Praxis kann es daher nützliche Implikationen bieten: Im hier betrachteten Feld haben die einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter demnach die Aufgabe, die organisatorischen Strukturen und Prozesse innerhalb der Praxis im Hinblick auf die in ihrer Tätigkeit unterstützenden oder hindernden Abläufe zu bewerten.

Nach diesem Modell sollte sich jede ergotherapeutische Praxis um ein gutes Dienstleistungsklima bemühen, das Möglichkeiten für Interaktionen bietet, die sowohl Dienstleister als auch Bediente als „gute Ergotherapie“ empfinden.

Nach Nerdinger (1994) könnte die Erfassung des Dienstleistungsklimas in Anlehnung an die Erhebung des Betriebsklimas geschehen, die Bewertung der Qualität kann unabhängig vom Bedienten vorgenommen werden. Dieser Ausrichtung wurde im hier erarbeiteten Konzept mit Hilfe einer Mitarbeiterbefragung gefolgt (vgl. Kapitel 4.1.1).

Davon zu trennen ist die Zufriedenheit des Bedienten. Diese orientiert sich ausschließlich am subjektiven Urteil des Kunden und kann mit Fragebögen bzw. Interviews erfolgen.

Den Ausgangspunkt des Modells bildet die Struktur der Dyade von Dienstleister und Bedientem.

*„Gewöhnlich gehen Bediente wegen eines Problems zu einem Dienstleister, um im Tausch gegen finanzielle Mittel eine Lösung ihres Problems zu erhalten“ (Nerdinger, 1994, S.59).*

Diese strukturelle Vereinfachung erlaubt es, die zeitlich dynamischen Prozesse zu beschreiben. Es muss aber schon hier hervorgehoben werden, dass ein Großteil der Spezifik und Problematik des hier analysierten Feldes durch die systemische Kopplung der einzelnen Bedienten (u.a. Kind, Eltern, Lehrer, Ärzte) zustande kommt, die jeweils eigene Standpunkte und Rollen und somit subjektive Neudefinitionen „des Problems“ vornehmen. Das Problem „gehört“ in dieser Darstellung dem Bedienten. Der Dienstleister ist allerdings auf die Zusammenarbeit mit dem oder den Bedienten angewiesen.



Bei der systemverträglichen Einführung eines QM-Systems steht die Beziehung zwischen Organisation und Dienstleister und die soziale Ordnung (differenziert in Leitung und Mitarbeiter) im Mittelpunkt der Betrachtung und weniger die Problematik der Tauschebene zwischen Dienstleister und Bedientem (vgl. Kapitel 3.2.2).

Zentral im hier bezeichneten Zusammenhang ist der dritte Akteur: die Organisation. Wie in Abbildung 9 durch die Pfeile angedeutet, wirkt die Organisation auf beide Elemente der Dienstleistungsbeziehung ein.

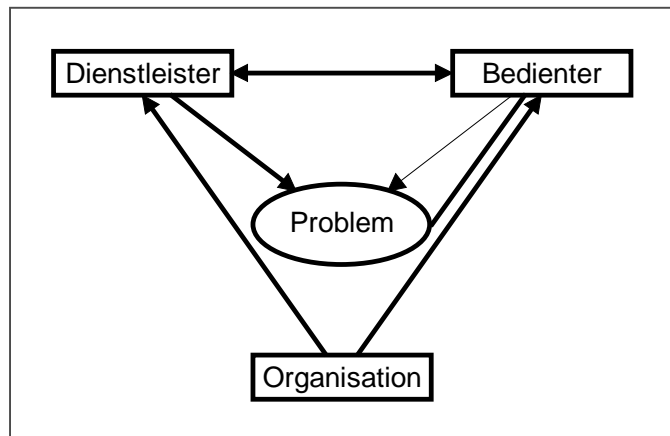


Abb. 9: Das Strukturmodell von Nerdinger (1994)

*„Eine Psychologie der Dienstleistung hat demnach die Wirkungen der Organisation auf Dienstleister und Bediente zu untersuchen, nicht die Organisation selbst“*  
(Nerdinger, 1994, S.73).

Eine ergotherapeutische Praxis ist eine gewinnorientierte Organisationsform. Die Leistungserstellung wird unter das Prinzip der Kapitalverwertung gestellt. Der Gebrauchswert der Leistungen orientiert sich demnach nicht allein an den Bedürfnissen der Bedienten, sondern muss so aufgebaut sein, dass dadurch der für die Organisation erwirtschaftete Gewinn („Tauschwert“) optimiert wird. Gleichzeitig bestehen aber auch in einer ergotherapeutischen Praxis potentiell Interessenkonflikte zwischen Leiter (Inhaber) der Praxis und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die Dienstleistungen erbringen. Es können komplexe Rollenkonflikte durch die widersprüchlichen Erwartungen der Bedienten, der Organisation (bzw. dessen Leitung) und der Eigeninteressen der einzelnen Dienstleister entstehen.

## 2.7 Basisannahmen des Fokussierungs-Prozess-Modells als personal ausgerichtetes Qualitätsmodell

Bei der postulierten „*internalen Qualitätsorientierung*“ als Ausgangspunkt ist die Dienstleistungsqualität das Ergebnis eines Verarbeitungsprozesses des Dienstleisters. Qualitätskriterien werden in dieser Ausrichtung in Annäherung an Nerdinger (1994) in einem ersten Schritt ausschließlich durch den Dienstleister definiert. Der Dienstleister selbst stellt die Verknüpfung zwischen dem Bedienten und den Strukturen bzw. Prozessen der Organisation her. Qualitätsmanagement hat hier zum Ziel, die von Dienstleistern wahrgenommenen innerorganisatorischen Prozesse an den Erfordernissen der Dienstleistung auszurichten. Organisationsstrukturen werden geändert und dies wirkt direkt bzw. indirekt auf das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Schließlich soll bei einem solchen Ansatz im Sinne von Klaus (1991) die Qualität dadurch erhöht werden, dass negative selbstreferentielle Handlungs- und Wirkungskreise verändert werden.

### 2.7.1 Der weite Weg vom Wunsch zur Veränderung bis zum Handeln

Die Einführung eines QM-Systems wird von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Praxis „*absichtsvoll organisiert*“. Man möchte Einfluss nehmen, um die berufliche Existenz innerhalb der ergotherapeutischen Praxis zu sichern und auszubauen.

Die „*internale Qualitätsorientierung*“ soll als Einstellung Handlungen (oder Unterlassung von Handlungen) anregen, um direkt oder indirekt die Konzeption des Arbeitsplatzes und die Qualität der eigenen Tätigkeit zu beeinflussen. Somit bilden einzelne Handlungsintentionen der Ergotherapeutinnen die psychologische Basis für die Umsetzung eines funktionierenden QM-Systems. Dabei wird der Annahme entsprochen, dass dieses System grundsätzlich zielgerichtet beeinflussbar ist und der Einzelne aktiv gestaltend auf Strukturen und Prozesse der Praxis einwirken kann.

Die intentionale Gestaltung kann in zweierlei Hinsicht erfolgen: Veränderungen der Qualität der eigenen Tätigkeit wird zu kompensatorischen Handlungsintentionen (vgl. Allmer, 1997), wenn der aktuell ermittelte Zustand subjektiv noch nicht oder nicht mehr als zufriedenstellend beurteilt wird. Es wird die Intention gebildet, das gegenwärtige Qualitätsniveau, ob nun individuell oder kollektiv, zu verändern, um so einen gewünschten Zustand (wieder-) herzustellen. Zum anderen können präventive Handlungsintentionen wirksam werden, wenn ein aktuell gegebenes Qualitätsniveau als (noch) zufriedenstellend erlebt wird und angesichts antizipierter bzw. aktuell wirksamer negativer (meist externer) Einflüsse aufrechterhalten werden soll.

Aus vielen Experimenten zur Handlungsintention (vgl. Heckhausen, Gollwitzer & Weinert, 1987) ist bekannt, dass eindeutig die kompensatorischen Handlungsintentionen gegenüber der Bildung präventiver Handlungsintentionen überwiegen. Die meisten Menschen wollen erst dann etwas tun, wenn bedrohliche Veränderungen spürbar werden, ob nun als Krankheiten am eigenen Körper oder beispielsweise durch die Eskalation von Problemen an ihrem Arbeitsplatz.

Augenscheinlich kann daher von einer „präventionsfernen Qualitätsorientierung“ gesprochen werden. Beratung wird dementsprechend tendenziell erst bei akuten Problemen in Anspruch genommen. Selbst negative Veränderungen innerhalb oder außerhalb der Praxis, mit deutlich antizipierten Auswirkungen auf die eigene Arbeit, werden eher passiv zugelassen. Es besteht die Intention, die Situation nicht aktiv zu beeinflussen, obwohl die einzelnen Personen grundsätzlich dazu in der Lage wären. Der potentiell Handelnde unterlässt eventuell etwas zu tun, weil er „unrealistisch optimistisch“ der Ansicht ist, dass sich die berufliche Situation auch ohne sein Zutun zu seinen Gunsten verändern werde.

Wird die „internale Qualitätsorientierung“ als Ausgangspunkt handlungsleitender Intentionen wirksam, kann dies auf der Ziel-, Zweck- und Sinnebene geschehen:

- Die Einführung eines QM-Systems als Handlungsziel: Der Zielbezug des Handelns ist dadurch bestimmt, dass die einzelnen Handlungen durch ein antizipiertes Ergebnis geleitet werden. Dieses Ziel gibt vor, was erreicht werden soll.

In diesem Sinne kann die Leiterin einer ergotherapeutischen Praxis Beratung zum Qualitätsmanagement in Anspruch nehmen, um die Funktionsfähigkeit einzelner Praxenabläufe zu verbessern bzw. ganz neue Bestandteile hinzuzufügen (z.B. die Zielerreichungs-Skalierung).

- Die Einführung eines QM-Systems als Handlungszweck: Der Zweckbezug des Handelns meint, dass mit dem Handlungsergebnis wünschenswerte Effekte angestrebt werden, die allerdings nicht zwangsläufig eintreten müssen.

Wenn ein Mitarbeiter im Zuge der Einführung eines QM-Systems an einer Fortbildung teilnimmt, um so seine beruflichen Kompetenzen zu erhöhen, kann er damit den Zweck verfolgen, kontinuierlichen beruflichen Streß aufgrund überfordernder Anforderungen durch die Eltern von Patienten zu vermeiden.

- Die Einführung eines QM-Systems als Handlungssinn: Der Sinn des Handelns verweist darauf, dass Handlungen sich auf übergeordnete, subjektiv als verbindlich erlebte Normen und Werte richten können. Eine qualitativ hochwertige Tätigkeit auszuüben und diese kontinuierlich zu verbessern wird somit zum verinnerlichten gesellschaftlichen Grundwert, dessen Erfüllung u.a. durch die Einführung eines QM-Systems verwirklicht bzw. unterstützt werden soll.

Die „internale Qualitätsorientierung“ kennzeichnet als Ausgangspunkt eine mehr oder weniger dauerhafte Arbeits- und Lebenshaltung, die als Leitlinie dem alltäglichen Handeln Sinn verleihen soll.

Die einzelnen Ebenen vermischen sich, so dass intentionale Handlungen aufgrund einer „*internen Qualitätsorientierung*“ insgesamt als zielgerichtet, zweckbestimmt und sinngelitet aufgefasst werden.

Der Weg vom Wunsch zur Veränderung bis zum Handeln ist weit. Zur Verdeutlichung dieses Prozesses wird auf ein Erklärungsmodell der Intentions- und Vorsatzbildung von Allmer (1990, S.122) zurückgegriffen (vgl. Abbildung 10), dessen Einzelkomponenten, im Konzept INTAKE adaptiert und bei der individuellen und kollegialen Zielanalyse Anwendung finden.

Wie bildet eine Person (z.B. die Leiterin einer ergotherapeutischen Einrichtung) Intentionen, um Strukturen und Prozesse

der Praxis zu verändern?

Hier wird davon ausgegangen, dass solche Intentionen nicht „*ur-plötzlich*“ da sind, sondern das Ergebnis einer aktiven Auseinandersetzung der Person mit ihrer Umwelt darstellen.

Wenn jemand etwas für die Qualität der eigenen Tätigkeit bzw. für die Qualität der Strukturen und Prozesse der Praxis tun will, handelt es sich nach Allmer (1990) um einen „*subjektiven Bewertungsprozess des aktuell gegebenen Person-Umwelt-Bezugs*“ (S.120).

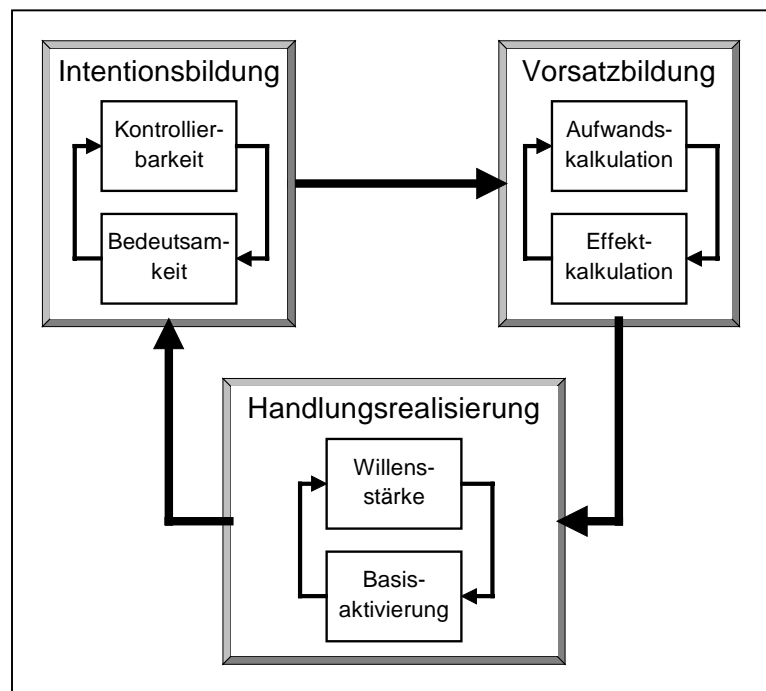


Abb. 10: Erklärungsmodell der Intentions- und Vorsatzbildung nach Allmer (1990)

Anregungen für einen solchen Prozess kommen häufig von außen, z.B. indem die Person über Erzählungen von anderen Praxenleiterinnen über eine solche Entwicklung hört, Sanktionen der Krankenkassen angedroht werden oder Artikel in Fachzeitschriften zum Thema auftauchen. Damit das Thema „*Qualität*“ überhaupt für die einzelne Person relevant wird, muss es in der „*Intentionshierarchie*“ (Allmer, 1990, S.121) einen anderen Stellenwert zugewiesen bekommen. Bei diesem Prozess wird die mögliche Intention zunächst hinsichtlich ihrer subjektiven Bedeutsamkeit eingeschätzt (vgl. Abbildung 10), die sich aus der antizipierten Bewertung der möglichen positiven und negativen Effekte für den Fall ergibt, dass die bisherige Einschätzung der „*Qualitätsintention*“ geändert bzw. nicht geändert wird.

*„Wichtig ist dabei, dass die Einschätzung unabhängig von den Realisierungsmöglichkeiten vorgenommen werden kann, d.h. es geht um die Beurteilung der Intentionen ‚an sich‘. Die subjektive Bedeutsamkeit einer Intention – ohne dass Realisie-*

*lungsmöglichkeiten eingeschlossen sind – wird in Anlehnung an Heckhausen und Kuhl (1985) als Wunsch definiert“ (Allmer, 1990, S.121).*

Der Wunsch „*die Qualität der eigenen Arbeit zu sichern und zu verbessern*“ basiert dabei u.a. auf normativen Überzeugungen einer Person (vgl. Ajzen & Fishbein, 1980), die sich daran ausrichten, für wie verbindlich die Erwartungen relevanter Bezugsgruppen (u.a. Ärzte, Eltern von Patienten) gehalten werden („*der überweisende Arzt meint, wir müssten einen strukturierten Bericht abgeben*“; „*die Eltern von Peter wollen wissen, was hier mit ihrem Sohn gemacht wird*“; „*Kollege Meyer hat sich gerade in der Region selbstständig gemacht und dokumentiert seine Therapien mit dem LHS-System*“).

Der Wunsch wird zudem von subjektiven Überzeugungen beeinflusst, die sich auf bisherige Erfahrungen (u.a. qualitätsrelevantes Wissen, Mitarbeit in Arbeitsgruppen, Teilnahme an Qualitätszirkeln) stützen. Hier fließt auch die Einschätzung einer potentiell persönlichen Bedrohung ein, aufgrund des Fehlens eines adäquaten QM-Systems in Zukunft Nachteile (finanziell, personell, ...) zu haben.

Neben der subjektiven Bedeutsamkeit des Wunsches hängt die Intentionsbildung außerdem davon ab, ob die Person glaubt, durch eigenes Handeln die Praxenstrukturen und –prozesse nachhaltig verändern zu können („*Selbstwirksamkeitserwartung*“; Bandura, 1997). Die angenommene Kontrollierbarkeit ist auch Voraussetzung dafür, dass Mitverantwortung für die Gestaltung bei den einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entsteht.

*„Auf der Grundlage der Kontrollierbarkeitsannahme werden die subjektiv bedeutsamen Wünsche realitätsorientierter und bekommen den Status von realisierbaren Intentionen der motivationalen Ausprägung ‚ich möchte‘“ (Allmer, 1990, S.121).*

Das Ergebnis dieses Abwägeprozesses ist eine Art „*Selbstverpflichtung*“ der Person, dem Wunsch nachzukommen und aktiv zu werden. Die Person hat sich demnach entschieden, etwas für die Qualität der eigenen Tätigkeit zu tun. Die „*Qualität*“ einer solchen Selbstverpflichtung kann an der Präzisierung der Vorsatzformulierung (vgl. individuelle Zielanalyse; Kapitel 4.3) abgelesen werden. Je konkreter der Wunsch formuliert wird, desto höher erscheint dabei die Umsetzungswahrscheinlichkeit.

Jetzt muss die Person sich die Frage stellen, wie die gebildeten Intentionen am besten verwirklicht werden können. Für die Umsetzung eines QM-Systems in der Praxis stehen naturgemäß unterschiedliche Möglichkeiten zur Verfügung, wobei im Feld ergotherapeutischer Praxen bislang keine ausformulierten Konzepte bestehen. Trotzdem kann die einzelne Person ganz unterschiedliche Handlungen zur Umsetzung nutzen. Allein die Frage: „*Womit soll ich beginnen ?*“ lässt eine Reihe von Alternativen erscheinen. Das Ergebnis des Abwägeprozesses der zur Verfügung stehenden Handlungsalternativen führt zu dem Vorsatz, die erstrebenswerte Intention auf einem bestimmten Wege zu verwirklichen. Ein Vorsatz wird da-

bei als ein „*bereits entwickelter, aber noch nicht ausgeführter Plan*“ bezeichnet (Allmer, 1990, S.123). Ob es schließlich zur Handlungsrealisierung kommt oder nicht, hängt vom Ergebnis der Aufwands- und Effektkalkulation ab.

*„Im Fall der Aufwandskalkulation wird abgeschätzt, welchen psychophysischen sowie zeitlichen, finanziellen und organisatorischen Aufwand die Realisierung der einzelnen Handlungsalternativen erfordert.(...). Die Effektkalkulation meint die Einschätzung der mit den Handlungsalternativen jeweils antizipierten positiven und negativen Konsequenzen“* (Allmer, 1990, S.123f.).

Schließlich erfordert die Realisierung von Handlungen eine gewisse „Willensstärke“, aversiven Stimulationen wirkungsvoll entgegenzutreten zu können. Es kann erwartet werden, dass die Einführung eines QM-Systems zu Anfang einen erheblichen Arbeitsmehraufwand mit sich bringt. Auch während des Einführungsprozesses muss individuell dafür gesorgt werden, dass die gewählten Handlungen angesichts situativer Erschwernisse (z.B. organisatorische Probleme, ein Teamgespräch mit allen Beteiligten zu führen) fortgesetzt werden.

Schließlich muss eine optimale Basisaktiviertheit vorhanden sein. Eine überhöhte Basisaktiviertheit könnte dazu führen, dass man vorschnell Entscheidungen trifft und in die Umsetzungsplanung geht, ohne Alternativvorschläge zu prüfen („*reiner Aktionismus*“). Im anderen Extrem werden z.B. keine Entscheidungen umgesetzt, weil ständig auf bessere Gelegenheiten in der Zukunft gewartet wird.

### 2.7.2 Selbstregulation und Selbstmanagement

Bei dem hier entwickelten Qualitätsmodell wird das Qualitätsverständnis um die interne Qualitätsorientierung erweitert und im Zusammenhang mit anderen Möglichkeiten der Fokussierung integriert. Diese Erweiterung fußt, neben Erkenntnissen zur Handlungsintention und –volition, auf einem Modell der Selbstregulation nach Kanfer (1989). Es umfasst die psychologischen Komponenten der Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstkonsequenz. Innerhalb der Konzeptentwicklung wurde für eine erste empirische Erforschung eine pragmatische Operationalisierung gewählt (vgl. Kapitel 4.2.2). Während der Selbstbeobachtung richtet das Individuum seine Aufmerksamkeit auf die eigenen Assoziationen vom Sachverhalt „*Qualität der eigenen Tätigkeit*“. Im ersten Schritt werden Informationen über die momentanen Vorstellungen eingeholt. Diese Informationen werden in einem zweiten Schritt (Selbstbewertung) mit bestimmten Kriterien (internalen Standards) verglichen. Das Ergebnis des Bewertungsprozesses führt in einem dritten Schritt zu Kontingenzen (=positive oder negative Konsequenzen für das Verhalten bzw. die Einstellung) im Sinne einer Selbstverstärkung (vgl. Kapitel 2.7.4).

Das allgemeine Modell der Selbstregulation versucht, die Komplexität und Vielschichtigkeit der menschlichen Existenz insofern gerecht zu werden, als die Bedeutung der multiplen Regulation des Verhaltens anerkannt wird. Es werden dabei unterschiedliche Ebenen der Regulation des Verhaltens unterstellt. Die drei Determinanten werden nach Kanfer (1977) als Alpha-, Beta- und Gamma-Variablen bezeichnet.

Alpha-Variablen umfassen alle Einflüsse außerhalb der Person (physikalische Umgebung, soziokulturelle Rahmenbedingungen etc.).

Beta-Variablen bezeichnen Prozesse, die vorwiegend von der Person selbst in Gang gesetzt und aufrechterhalten werden. Diese Klasse von Ereignissen umfasst internale ("selbsterzeugte") Prozesse, wie z.B. Denken, Planen, Entscheiden und Problemlösen und kognitive Inhalte wie z.B. Ziele, Pläne usw. Diese Prozesse befähigen den Menschen, Verhaltensweisen in Gang zu setzen und über lange Zeit hinweg zu steuern, ohne dass dazu Rückmeldungen von Seiten der Umgebung notwendig wären.

Gamma-Variablen umfassen alle Einflüsse des genetischen und biologischen Systems; eingeschlossen sind Merkmale der sensorischen und motorischen Ausstattung, die Strukturen und Funktionen, die für die menschliche Informationsverarbeitung notwendig sind und ebenso die Grundlage für den Umgang mit verbal-symbolischem Material bilden.

Das Selbstregulations-System entspricht demnach den Beta-Variablen als Voraussetzung für Selbstkontrollverhalten.

Was hat nun Selbstkontrollverhalten mit Qualitätsorientierung und mit der Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems zu tun? Hierarchische Konzepte der Kontrollüberzeugung (vgl. Lohaus & Schmitt, 1989) gehen von verschiedenen Ebenen der Kontrolle aus. Es gibt generalisierte Kontrollüberzeugungen, die als Folge von Kontrollerfahrungen über verschiedene Lebensbereiche hinweg entstehen. Zur Erhebung generalisierter Kontrollüberzeugungen liegt im deutschsprachigen Raum der IPC-Fragebogen von Krampen (1981) bzw. der Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK) von Krampen (1991) vor. In jüngerer Zeit konzentriert man sich verstärkt auf die Erhebung bereichsspezifischer Kontrollüberzeugungen, da man davon ausgeht, dass in unterschiedlichen Lebensbereichen unterschiedliche Kontrollmöglichkeiten und -erfahrungen vorliegen können (vgl. Krampen, 1989; Lohaus und Schmitt, 1989). Ein Lebensbereich, für den sich spezifische Kontrollüberzeugungen entwickeln können, ist der berufliche Bereich. Die spezifischen, individuellen Kontrollerwartungen in diesem Bereich werden sich im wesentlichen danach richten, welches Vorwissen über die Beeinflussungsmöglichkeiten im Beruf beim Einzelnen bestehen, und welche Vorerfahrungen in Selbst- und Fremdbestimmung beruflicher Prozesse bislang gemacht wurden. Kontrollüberzeugungen können somit als generalisiertes Resultat der Lernerfahrungen in diesem Bereich aufgefasst werden.

### 2.7.3 Ebenen der Qualitätsorientierung im Fokussierungs-Prozess-Modell

Personen, die sich mit Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement beschäftigen, werden im Prozess der Erarbeitung auf verschiedene Merkmale im Bereich „*Qualität der eigenen Tätigkeit*“ fokussieren.

Ähnlich den Konzepten zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (vgl. Krampen, 1991) kann diesen einzelnen Qualitätsmerkmalen nun subjektiv unterschiedlich starker Einfluss auf die Qualität der eigenen Tätigkeit zugeschrieben werden.

Jedes einzelne Qualitätsmerkmal, das die Basis der Qualitätsbeurteilung einer ergotherapeutischen Praxis bildet, wirkt sich im hier konzipierten „*Fokussierungs-Prozess-Modell*“ hypothetisch auf vier Ebenen (vgl. Abbildung 11) aus: „*internal*“

(persönlich auf die einzelne Person), „*intern*“ (auf die Strukturen, Prozesse und

Ergebnisse der Praxis), „*external*“ (auf die Kontakte und Beziehungen der Praxis zu anderen Personen und Institutionen) und „*extern*“ (auf das Image der Berufsgruppe und die Gesundheitspolitik). Zur systemverträglichen Ausrichtung eines QM-Systems ist es wichtig zu wissen, inwieweit den einzelnen Qualitätsmerkmalen Einfluss auf die Qualität der eigenen Tätigkeit zugeschrieben wird. Die Qualitätsbeurteilung jedes Merkmals findet auf allen vier Ebenen der Fokussierung statt, um eine ganzheitliche Sicht im OE-Prozess zu ermöglichen.

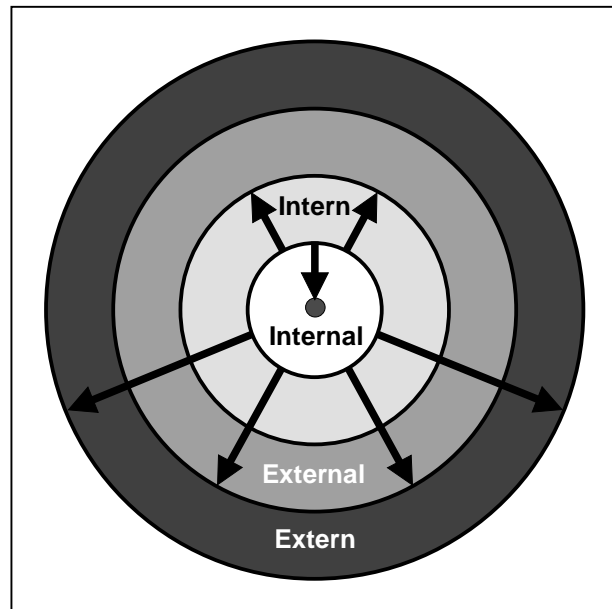


Abb. 11: Ebenen der Qualitätsorientierung im Fokussierungs-Prozess-Modell

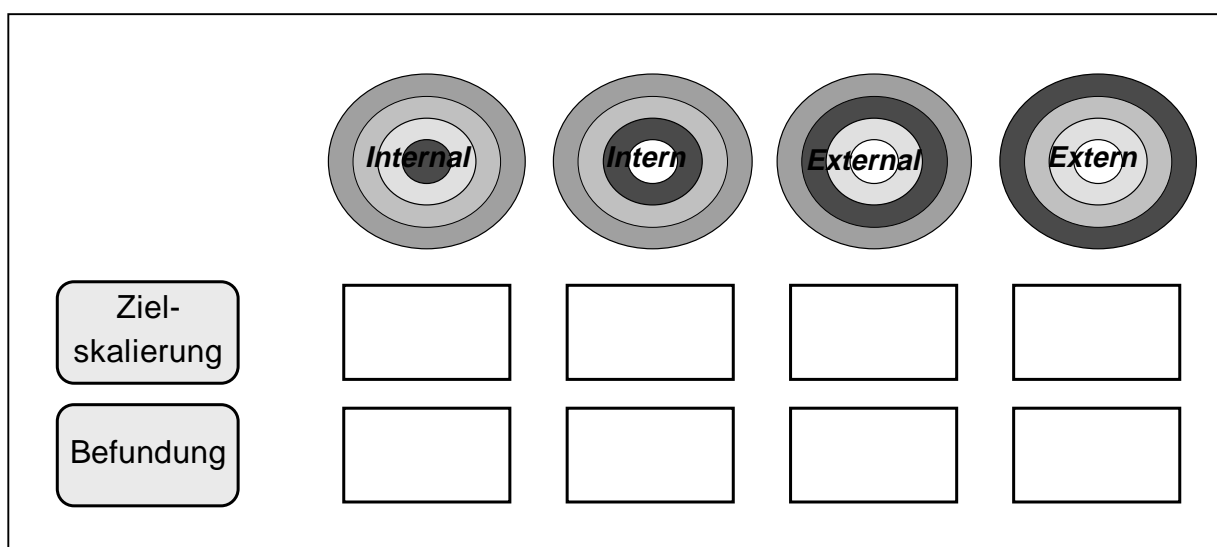


Abb. 12: Schematische Darstellung einer Matrix zweier Qualitätsmerkmale im Fokussierungs-Prozess-Modell



#### 2.7.4 Die interne Qualitätsorientierung als Erweiterung des GAP-Modells

Abschließend soll durch die Implementierung in das statische GAP-Modell deutlich gemacht werden, an welcher Stelle die interne Qualitätsorientierung ansetzt. In der Terminologie von Zeithaml et al. (1992) wird auch diese Erweiterung „*defizitorientiert*“ bezeichnet, da ebenso wie bei der „*externalen*“ Qualitätsorientierung, die den Fokus allein auf die Kundenzufriedenheit ausrichtet, auch bei der „*internen*“ Qualitätsorientierung „*Lücken*“ beim Dienstleister vorhanden sein können (vgl. Abbildung 13). Solche „*Lücken*“ werden innerhalb des Fokussierungs-Prozess-Modells wie „*blinde Flecken*“ in der Selbst- und Fremdwahrnehmung betrachtet, die durch kontinuierliche Kommunikation im Team beim Einzelnen abgeschwächt werden sollen.

*Gap A* resultiert aus der möglicherweise fehlenden Differenzierung zwischen Beobachtung und Bewertung. Systematische Beobachtungsfehler können zu einer Beeinflussung der wahrgenommenen Qualitätskriterien führen. Eine mangelhafte Differenzierungsfähigkeit der Person zwischen den Prozessen der Selbstbeobachtung und der Selbstbewertung kann zu einer Vermischung der beiden Prozesse führen. Die durchgeführte Reflexion (vgl. Kapitel 4.2.2) instruiert die Person bewusst dahingehend, die beiden Prozesse zu trennen.

*Gap B* beschreibt die Passung der Selbstbewertung mit den individuellen, emotionalen und kognitiven Verhaltensreaktionen. Die Tendenz zu starkem Selbstdarstellungsverhalten der einzelnen Personen innerhalb des Teams kann zu einer wesentlichen Verzerrung der Bewertung führen.

*Gap C* beschreibt die mögliche Diskrepanz zwischen dem „*Resultat*“ der selbstreflexiven Fokussierung und den wahrgenommen Kundenerwartungen durch den Dienstleister. Da bei Dienstleistungen im Gesundheitswesen der Kunde immer auch „*Co-Produzent*“ der Leistung ist, spiegelt sich in *Gap C* auch die Kausalattribution in Bezug auf Therapieerfolge bzw. –misserfolge des Dienstleisters wider. Die Ergotherapeutin kann im Einzelfall die Erfolglosigkeit einer Therapie unterschiedlich attribuieren.

Die wahrgenommenen Qualitätskriterien müssen zudem nicht mit den Kundenanforderungen übereinstimmen, und die Gewichtung übereinstimmender Faktoren kann sehr unterschiedlich sein (vgl. Abbildung 13; *Gap 1*).

Die Erweiterung bestehender Qualitätsmodelle um die Möglichkeit, flexibel auf verschiedene Ebenen der Qualität zu fokussieren, kann einen systemverträglicheren Zugang zur Einführung eines QM-Systems ermöglichen, indem alle individuellen Fokussierungen, ob nun internal, intern, external oder extern zugelassen sind und nebeneinander existieren dürfen.

Ein Abgleich verschiedener Systeminteressen innerhalb der ergotherapeutischen Praxis wird erleichtert, „*blinde Flecken*“ des Einzelnen können einfacher ausgeglichen werden, ohne dass die Leitung von vornherein mit äußeren Bedrohungsszenarien hantieren muss.

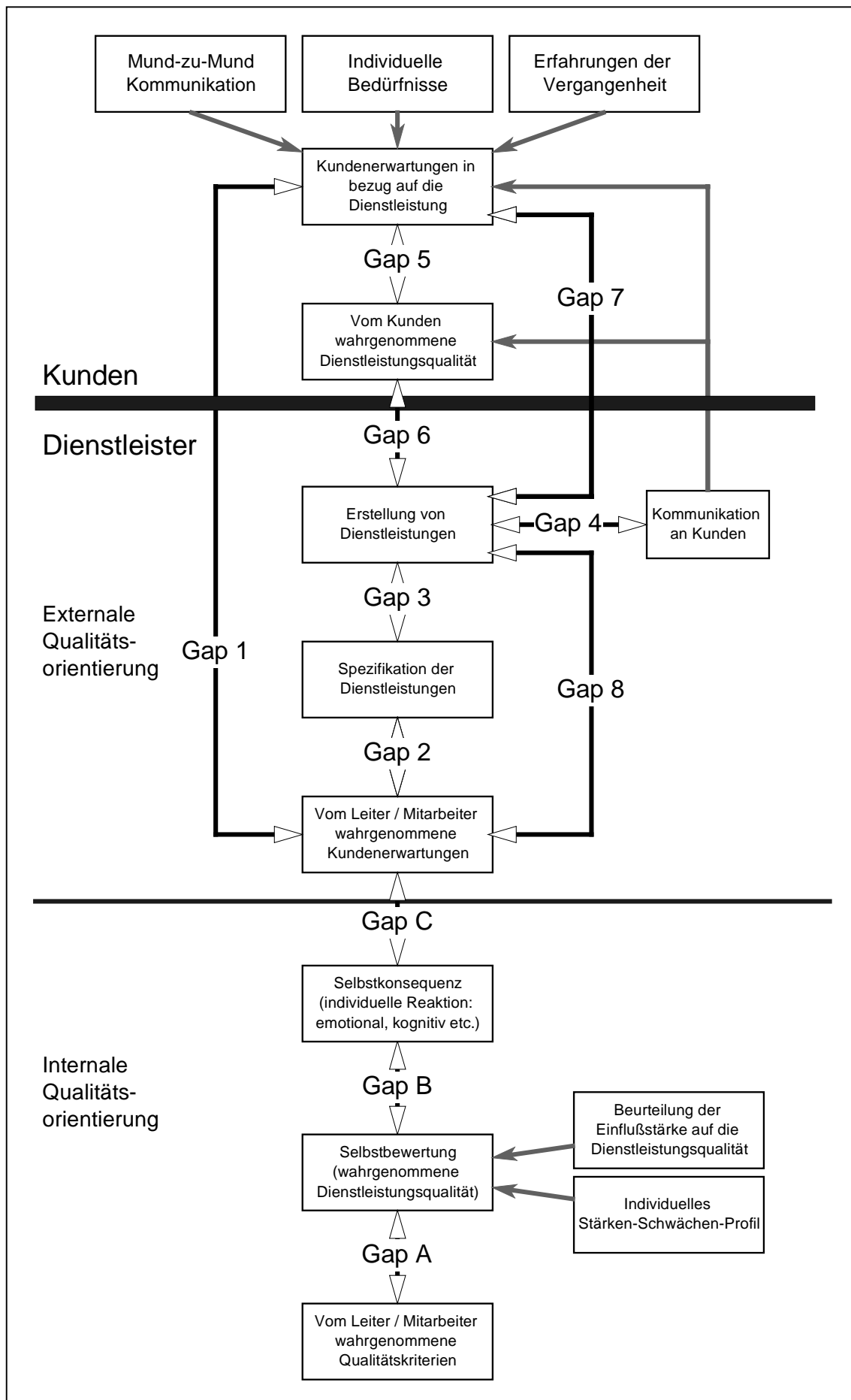


Abb. 13: Das interne Qualitätsorientierung als Erweiterung des Dienstleistungsqualitätsmodells von Zeithaml, Berry und Parasuraman (1984)

### 3 Qualitätsmanagement als systemverträgliche Organisationsentwicklung in ergotherapeutischen Praxen

#### 3.1 Anwendungsfeld „ergotherapeutische Praxis“

Das Anwendungsfeld „ergotherapeutische Praxis“ ist in der Bundesrepublik Deutschland wissenschaftlich kaum bearbeitet. Für die exemplarische Anwendung der Methodik erschien es aber wichtig, eine Orientierung im Feld zu leisten. Daher werden im Folgenden allgemeine Aufgaben, persönliche Anforderungen und Formen der Tätigkeitsausübung aufgezeigt. Zusätzlich wird durch die Darstellung einiger berufsrechtlicher und organisatorischer Rahmenbedingungen unter denen diese Berufsgruppe arbeitet, versucht, *die „Dienstleistung Ergotherapie“ transparent zu machen<sup>2</sup>*.

##### 3.1.1 Allgemeine Aufgaben der Ergotherapie

„*Ergotherapie*“ (abgeleitet aus dem griechischen Wort *ergon*: Werk, Tat, Arbeit, Beschäftigung) ist in der Bundesrepublik Deutschland die offizielle Berufsbezeichnung und ersetzt seit Anfang 1999 die Bezeichnung „*Beschäftigungs- und Arbeitstherapie*“.

*„Grundsätzlich versteht sich die Ergotherapie als eine ganzheitliche Therapieform, bei der der Patient oder Klient stets sowohl als Gesamtheit kognitiven, psychischen und körperlichen Seins gesehen wird als auch im Kontext seiner sozialen Bedingung und Beziehungen“* (Bundesanstalt für Arbeit 1994, S.4).

Ergotherapie gehört neben Physiotherapie und Logopädie zu der Gruppe nichtärztlicher Therapieberufe im Gesundheitswesen.

*„Sie beraten und behandeln Patienten, die Einschränkungen im Bereich der Motorik, der Sinnesorgane, der geistigen oder psychischen Fähigkeiten haben“* (Beruf Aktuell 1997, S.350).

Ziel der Ergotherapie ist es, verlorene bzw. noch nicht vorhandene Funktionen körperlicher, geistiger oder psychischer Art durch entsprechende Behandlungsmaßnahmen positiv zu beeinflussen. Die Betroffenen sollen dadurch die größtmögliche Selbstständigkeit in ihrem Alltags- und / oder Berufsleben erreichen.

---

<sup>2</sup> Die Darstellung orientiert sich an Veröffentlichungen der Bundesanstalt für Arbeit (1994, 1995, 1996) im Bereich berufskundlicher Informationen.

Dem Konzept der Ergotherapie liegt die Vorstellung zugrunde, dass Kranke und Behinderte über alltags- und handlungsorientierte Aktivitäten individuelle Kompetenzen wiedererlangen bzw. erweitern können. Lebenspraktische Handlungen, handwerkliche Aktivitäten und gestalterische Prozesse werden als gezielte therapeutische Maßnahmen wirksam.

*„Den jeweiligen Störungen entsprechend, üben die Ergotherapeuten mit ihren Patienten nach einem individuell erstellten Behandlungsplan grundlegende Fertigkeiten wie Essen, Waschen, Ankleiden, Schreiben, Einkaufen, sich zu orientieren, soziale Kontakte zu pflegen, oder sie trainieren den Umgang mit Hilfsmitteln und Prothesen, geben Anregungen und Anleitungen zur Gestaltung des Arbeitsplatzes, der Arbeit im Haushalt oder der Planung des Tagesablaufs. In den Therapieplan beziehen sie auch die Angehörigen und das Umfeld der Patienten mit ein“ (Beruf Aktuell 1997, S.350).*

Der Behandlungsplan, die spezielle Zielsetzung, die Auswahl der Behandlungsmethoden und der Therapiemittel wird aufgrund der ärztlichen Verordnung, der Diagnose, der Anamnese und des ergotherapeutischen Befundes von der Ergotherapeutin eigenverantwortlich erstellt und entschieden.

Im beruflichen Alltag sind Ergotherapeutinnen sowohl mit physiologischen und pathologischen Abläufen als auch mit psychologischen, sozialen und beruflich-rehabilitativen Fragestellungen konfrontiert. Auf der Basis von medizinischem, sozialwissenschaftlichem und fachspezifischem Wissen erstellen sie selbstständig Behandlungskonzepte. Grundlage einer jeden Behandlung bildet die ergotherapeutische Befundung. Sie beinhaltet eine differenzierte Feststellung der jeweiligen Funktionsdefizite und die Erhebung wichtiger Daten aus Anamnese und Vorgeschichte.

Aus den Ergebnissen der Befunderhebung folgt die Erstellung spezieller Therapiepläne. Behandlungsziele müssen definiert und geordnet werden. Es muss eine Auswahl aus mehreren Behandlungsverfahren getroffen werden, sowie die Analyse und Auswahl der indizierten Behandlungsmethoden und Therapiemittel erfolgen.

Entsprechend der Therapieplanung wird die Behandlung von der Therapeutin organisiert, strukturiert und gesteuert. Je nach Indikation werden sowohl Einzel- als auch Gruppenbehandlungen durchgeführt. Aufgabe der Ergotherapeutin ist es dabei auch, den Arbeitsplatz und das Arbeitsumfeld des Patienten entsprechend auszurichten und den Patienten durch gezielte Interventionen zur Selbsthilfe zu befähigen.

Manche Patienten benötigen wegen der Erkrankung vorübergehend oder auf Dauer spezielle Hilfsmittel, damit sie größtmögliche persönliche Selbstständigkeit erreichen können. Neben der eigentlichen Behandlung berät die Ergotherapeutin die Patienten über mögliche Hilfsmittel und wählt handelsübliche Hilfsmittel aus. Wenn nötig entwickelt sie solche Hilfsmittel, stellt individuelle Hilfsmittel her oder adaptiert sie an die Anforderungen des Patienten.

Außerdem gehören folgende Tätigkeitsbereiche zu ihrem Aufgabenfeld:

- Berufliche und soziale Rehabilitationsmaßnahmen,
- Beratung von Patienten und Angehörigen,
- Reflexion und Revision des therapeutischen Prozesses,
- organisatorische und administrative Tätigkeiten.

### 3.1.2 Persönliche Anforderungen an ergotherapeutische Tätigkeiten

Folgende Anforderungsmerkmale an die ergotherapeutische Tätigkeit werden herausgestellt (In Anlehnung an das „Grundwerk ausbildungs- und berufskundlicher Informationen“, herausgegeben von der Bundesanstalt für Arbeit, 1996):

Tab. 2: Anforderungsmerkmale an die ergotherapeutische Tätigkeit: Interessen, körperliche Anforderungen und Kenntnisse (in Anlehnung an die Bundesanstalt für Arbeit, 1996)

<b>Interessen</b>			
<b>Notwendig</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neigung zu praktisch-handwerklichen Tätigkeiten</li> </ul>	<b>Förderlich</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neigung zu helfendem und beratendem Umgang mit Menschen</li> <li>• Interesse für soziale, medizinische, biologische, psychologische Probleme und Zusammenhänge</li> <li>• Gestalterisches Interesse</li> </ul>	<b>Eher nachteilig</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausgesprochene Neigung zu handwerklichem Perfektionismus und/oder betont künstlerischem Anspruch</li> </ul>	<b>Ausschließend</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abneigung gegen Arbeit und Kontakt mit entstellten, gestörten oder kranken Menschen</li> <li>• Bedürfnis nach rasch sichtbaren Arbeitsergebnissen</li> </ul>
<b>Körperliche Anforderungen</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemeine körperliche Belastbarkeit (durchschnittlich, Training der Bewegungsfunktion)</li> <li>• Funktionsfähigkeit der Hände und Arme (Schreibtraining, Muskeltraining)</li> <li>• Nahsehvermögen (normal oder ausreichend korrigiert)</li> <li>• Hörvermögen (normal, Umgang mit Patienten)</li> <li>• Widerstandsfähigkeit der Haut, besonders an den Händen (Umgang mit Ton, Farben, Metall, Öl)</li> </ul>			
<b>Kenntnisse</b>			
<b>Notwendig</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deutsch, durchschnittliche Kenntnisse, insbesondere Sicherheit in der Rechtschreibung, im Satzbau und sprachliches Ausdrucksvermögen (Erarbeitung von Berichten/Vorschlägen, Anleiten von Patienten)</li> </ul>		<b>Förderlich</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sozialkunde (durchschnittliche Kenntnisse)</li> <li>• Naturwissenschaften (durchschnittliche Kenntnisse)</li> <li>• Praktische Erfahrungen im helfenden Umgang mit Menschen</li> </ul>	

Tab. 3: Anforderungsmerkmale an die ergotherapeutische Tätigkeit: Fähigkeiten, Soziale Anforderungen, voraussichtliche Nichteignung (in Anlehnung an die Bundesanstalt für Arbeit, 1996)

<b>Fähigkeiten</b>			
Notwendig	Förderlich		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Allgemeine Auffassungsgabe und Lernfähigkeit (durchschnittlich, Notwendigkeit zur kontinuierlichen fachlichen Weiterbildung)</li><li>• Wahrnehmungsgenauigkeit/-geschwindigkeit, Beobachtungsgabe (gut, Beobachten und ggf. Reagieren auf das Verhalten von Patienten z.B. beim Sensibilitäts- oder Selbsthilfetraining)</li><li>• Fähigkeit zum beidhändigen, koordinierten Arbeiten (Anfertigen einfacher Hilfsmittel, wie z.B. Schienen oder Schlaufen)</li><li>• Gute Kontakt- und Anpassungsfähigkeit, Geschick im Umgang mit Menschen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Manuelles Geschick und praktische Anstelligkeit (Anpassung von Werkzeugen und Geräten zum behindertengerechten Gebrauch)</li><li>• Technisches Verständnis (Bedienen und Warten von z.B. Nähmaschinen, Brennöfen, Schleifmaschinen)</li></ul>		
<b>Soziale Anforderungen</b>			
Notwendig	Förderlich	Eher nachteilig	Ausschließend
<ul style="list-style-type: none"><li>• Geduld, Beharrlichkeit (sichtbare Erfolge oft erst nach langem Üben)</li><li>• Verantwortungsbewusstsein, Verschwiegenheit (Krankenunterlagen, Patientendaten)</li><li>• Bereitschaft und Fähigkeit in einem Team zu arbeiten (Zusammenarbeiten mit Ärzten, Psychologen und anderen Therapeuten)</li><li>• Einfühlungsvermögen, Geschick zum Umgang mit Menschen</li><li>• Zuverlässigkeit</li><li>• Ausgeglichenheit, Selbstbeherrschung (Umgang mit z.T. aggressiven Patienten)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Selbstvertrauen</li><li>• Selbstsicherheit</li><li>• Selbstkontrolle</li><li>• Positive Ausstrahlung</li><li>• Sicheres Auftreten</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Psychische Labilität</li><li>• Unausgeglichenheit</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alkohol- und Drogensucht</li><li>• Psychische Krankheiten (Persönlichkeitsveränderungen)</li></ul>
<b>Voraussichtliche Nichteignung</b>			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Allgemeine körperliche Belastbarkeit (unterdurchschnittlich)</li><li>• Funktionsfähigkeit der Gliedmaßen oder der Wirbelsäule (eingeschränkt)</li><li>• Seh- und Hörschäden (nicht korrigierbare Einschränkungen)</li><li>• Chronische Hautleiden (insbesondere an den Händen)</li><li>• Anfallsleiden</li><li>• Allgemeine Auffassungsgabe und Lernfähigkeit (nicht gut)</li><li>• Wahrnehmungsgenauigkeit/-geschwindigkeit (nicht gut)</li><li>• Kontakt- und Anpassungsfähigkeit (nicht gut)</li><li>• Finger- und Handgeschicklichkeit (nicht gut)</li><li>• Beeinträchtigung der Fähigkeit zum beidhändigen, koordinierten Arbeiten</li><li>• Mangelnde Teamfähigkeit, Zuverlässigkeit, Selbstbeherrschung</li><li>• Mangel an Einfühlungsvermögen, an Geschick im Umgang mit Menschen</li><li>• Mangel an Ausdauer, Sorgfalt, Geduld, Verantwortungsbewusstsein, Verschwiegenheit</li><li>• Psychische Labilität, Unausgeglichenheit</li><li>• Alkohol- oder Drogensucht</li><li>• Psychische Krankheiten (Persönlichkeitsveränderungen)</li></ul>			

Tab. 4: Anforderungsmerkmale an die ergotherapeutische Tätigkeit: Arbeitssituation und Umgebungseinflüsse (in Anlehnung an die Bundesanstalt für Arbeit, 1996)

<p><i>Arbeitssituation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unmittelbarer Kontakt mit kranken, alten oder behinderten Menschen</li> <li>• In der Regel Betreuung der Patienten über einen längeren Zeitraum</li> <li>• Oft gefühlsmäßig betontes Verhalten der Patienten gegenüber den Berufsausübenden (z.B. Mißtrauen, Gefühlsausbrüche)</li> <li>• Einzel- oder Gruppenbehandlung</li> <li>• Arbeitsablauf in der Regel nur generell geregelt (Freiraum für eigene Entscheidungen, um auf die Erfordernisse der Patienten/innen einzugehen)</li> <li>• Enge Zusammenarbeit mit Ärzten, Physiotherapeuten, ...</li> <li>• Bei Selbstständigkeit und bei Tätigkeiten als Alleinkraft Arbeiten ohne Kontrolle bzw. Aufsicht</li> <li>• Im Einzelfall auch Hausbesuche</li> </ul>
<p><i>Umgebungseinflüsse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausübung der Tätigkeit in der Regel in speziell ausgestatteten beheizten bzw. klimatisierten Behandlungs- oder Werkräumen</li> <li>• Bei Einzeltherapie Behandlung auch im Krankenzimmer</li> <li>• In Einzelfällen Tätigkeit in größeren Werkhallen (z.B. Werkstätten für Behinderte) oder im Freien (z.B. bei Unterweisung im Bereich Gartenarbeit)</li> <li>• In geringem Maße Einwirkung von Wasser oder verschiedenen Werkmaterialien wie Ton, Farben, Metall, Holz, Textilien, Gips (z.B. Fertigen von Gipsabdrücken beim Anpassen von Schienen)</li> </ul>

Ergotherapeutinnen können in sehr verschiedenen Bereichen arbeiten. Sie sind tätig in:

- Kliniken und Krankenhäusern der Fachrichtungen Orthopädie, Rheumatologie, Unfallheilkunde, Neurologie, Geriatrie, Innere Medizin, Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie und Psychosomatik;
- Einrichtungen für behinderte Kinder, wie Sonderschulen, Kindergärten, Heime und Frühbehandlungszentren;
- geriatrischen Einrichtungen, wie Alters- Pflegeheime und Tageskliniken;
- Einrichtungen der medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitationen;
- Ausbildungsstätten als hauptamtliche Lehrkräfte;
- Niederlassung in freier Praxis.

### 3.1.3 Die Ausübung der Tätigkeit in freier Praxis

Seit 1980 besteht die Möglichkeit, sich als Ergotherapeutin in freier Praxis niederzulassen. Voraussetzungen ist eine zweijährige Berufserfahrung als Ergotherapeutin, geeignete Praxisräume mit bestimmten Ausstattungsmerkmalen. Es besteht sowohl die Möglichkeit, eine Praxisgemeinschaft zu bilden, als auch andere Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten anzustellen.

*„Die ergotherapeutische Arbeit in der freien Praxis erfordert ein breites Spektrum an fachlichen Kenntnissen, da laut Verträgen Patienten aller Erkrankungsarten behandelt werden sollen. Häufig ergibt sich jedoch eine Spezialisierung auf einem Fachgebiet. Mehr noch als im klinischen Bereich müssen Ergotherapeuten selbstständig arbeiten und in der Lage sein, die Praxis nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten zu führen“* (Bundesanstalt für Arbeit 1994, S.8).

Bei „durchschnittlichen Betriebsgrößen“ in der ambulanten Einzelpraxis (Bezugsgröße ist die vorliegende Untersuchung) von sieben Personen (inkl. Inhaberin) spielen neben betriebswirtschaftlichen Kenntnissen vermutlich vor allem Aspekte der Personalführung und Teamentwicklung eine entscheidende Rolle für den Erfolg der Praxis. Problematische Situationen entstehen besonders durch die Rollenkonfusion (bzw. -diffusion), da viele Praxeninhaberinnen neben ihrer Leitungsrolle auch noch Vollzeit Patientenbehandlung durchführen.

Ergotherapie ist eine vom Arzt verordnete Heilmaßnahme gemäß §182 Abs.1 Nr.1 der Reichsversicherungsordnung. Auf der Grundlage dieser Verordnung werden die Behandlungen durch die Krankenkasse vergütet. Für die rechtliche Einordnung als Dienstleistung gibt es eine gemeinsame Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß §124 Abs.4 Sozialgesetzbuch, 5. Buch (SGB V) zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach §124 Abs.2 SGB V für Leistungserbringer von Heilmitteln, die als Dienstleistung an Versicherte abgegeben werden (vgl. Bundesanstalt für Arbeit, 1995). Dabei handelt es sich um Zulassungsempfehlungen für die Niederlassung in einem Heilberuf.

*„Die Zulassungsempfehlungen haben zum Ziel, eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen sicherzustellen sowie eine qualitätsgesicherte, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen mit Heilmitteln zu gewährleisten“* (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, 1997).

Nach §124 Abs.2 SGB V ist zuzulassen, wer:

1. die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung, sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzt;
2. eine berufspraktische Erfahrungszeit von mindestens 2 Jahren nachweist, die innerhalb von 10 Jahren vor Beantragung der Zulassung in unselbstständiger Tätigkeit und in geeigneten Einrichtungen abgeleistet worden sein muss;
3. über eine Praxisausstattung verfügt, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet;
4. die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen (§125 SGB V) anerkennt.



Die zugelassene Ergotherapeutin hat grundsätzlich an mindestens vier Arbeitstagen in der Woche ganztägig als Behandlerin in ihrer Praxis zur Verfügung zu stehen.

Die Ausbildung (Punkt 1) wird durch eine beglaubigte Kopie der Urkunde zur Führung der Berufsbezeichnung nachgewiesen.

Die berufspraktische Erfahrungszeit (Punkt 2) muss in Praxen zugelassener Leistungserbringer stattfinden bzw. in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen mit ergotherapeutischer Abteilung, soweit diese unter der ständigen verantwortlichen Leitung einer Ergotherapeutin stehen. Nicht geeignet sind u.a. Arztpraxen, sporttherapeutische Einrichtungen, Fitness-Center und Sportvereine. Der Nachweis geschieht über Arbeitsbescheinigungen oder Zeugnisse über Art und Zeitraum der Tätigkeiten.

Die Praxisausstattung (Punkt 3) muss allgemeinen Anforderungen genügen. Eine Zulassung zur niedergelassenen Ergotherapeutin ohne Praxisräume bzw. Praxisausstattung ist nicht möglich. Die Praxis muss in sich abgeschlossen und von anderen Praxen sowie privaten Wohn- und gewerblichen Bereichen räumlich abgetrennt sein. Es muss ein Warteraum mit ausreichend Sitzgelegenheiten vorhanden sein, außerdem eine Toilette mit Handwaschbecken und eine Patientendokumentation. Räumliche Mindestvoraussetzungen werden ebenfalls angegeben. So muss die Nutzfläche der ergotherapeutischen Praxis mindestens  $40 \text{ m}^2$  auf einer Ebene betragen. Die Praxisräume müssen eine Therapiefläche von mindestens  $30 \text{ m}^2$  aufweisen. Diese räumlichen Mindestvoraussetzungen sind auf die zugelassene Ergotherapeutin ausgerichtet. Für jede zusätzliche, gleichzeitig tätige Fachkraft, ist ein weiterer Therapieraum von mindestens  $12 \text{ m}^2$  erforderlich. Die Raumhöhe muss durchgehend mindestens  $2,40 \text{ m}$  – lichte Höhe – betragen. Alle Räume müssen ausreichend be- und entlüftbar sowie beheizbar und beleuchtbar sein. Der Nachweis geschieht über eine Raumskizze und die Beschreibung der Praxis.

Zur Grundausstattung gehören: Therapiematte oder Liege; Arbeitstisch (adaptierbar); Arbeitsstuhl (adaptierbar); Werkstisch; Webrahmen mit Zubehör; Spiegel; funktionelles Spielmaterial für alle Altersstufen; Material zur taktilen, taktil-kinästhetischen, propriozeptiven, vestibulären, auditiven und visuellen Wahrnehmung; Werkzeug und Materialien für Papp- und Papierarbeiten, graphische Arbeiten, Modellierarbeiten, textile Arbeiten, Flechtarbeiten, Holzarbeiten, Webarbeiten; psychomotrisches Übungsmaterial und Schienenmaterial nach Bedarf. Der Nachweis geschieht über eine Aufstellung der vorhandenen Geräte und Einrichtungsgegenstände.

Für die Formen der Praxisorganisation mehrerer Leistungserbringer gibt es die Möglichkeit der Zulassung als Praxisgemeinschaft oder als Gemeinschaftspraxis. In einer Praxisgemeinschaft schließen sich Leistungserbringer zur gemeinsamen Nutzung der Praxisausstattung zusammen. Jeder dieser Leistungserbringer erhält eine Zulassung und rechnet die erbrachten Leistungen einzeln ab. In einer Gemeinschaftspraxis erhalten die Leistungserbringer die

Zulassung gemeinsam und rechnen die erbrachten Leistungen zusammen unter einem Institutionskennzeichen ab. Zweigniederlassungen benötigen eine separate Zulassung.<sup>3</sup>

### 3.1.4 Rechtliche Forderungen nach Qualitätssicherung

Im SGB V werden im vierten Kapitel die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern geregelt. Der fünfte Abschnitt dieses Kapitels regelt die Beziehung zu Leistungserbringern von Heilmitteln, zu denen auch die Ergotherapeutinnen gehören. Die Zulassung (vgl. §124 im Abschnitt 2.5) und die Art der Vertragsgestaltung sind dort geregelt. Im neunten Abschnitt dieses Kapitels wird die Sicherung der Qualität der Leistungserbringung geregelt. In §135a (Qualitätssicherung bei ambulanten Vorsorgeleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen) wird auf die Verpflichtung der Ergotherapie zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen verwiesen.

*„Die Leistungserbringer, für die ein Vertrag nach §125 gilt, sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen“ (SGB V 1993, S.143).*

Bispielhaft für Maßnahmen mit externer Qualitätsorientierung wird hier für den Bereich der stationären Rehabilitation ein von der BfA geleitetes Projekt zur Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) dargestellt, das mit dem Ziel durchgeführt wurde, Definitionen therapeutischer Einheiten und Standards für die medizinische Dokumentation zu entwickeln (vgl. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, 1997). Dieses Projekt gliederte sich in drei Phasen:

1. Entlassungsberichtsanalyse;
2. Klinikbefragung;
3. Festlegung der für die medizinische Rehabilitation relevanten Leistungseinheiten und Mindestanforderungen durch ausgewählte Experten in fachgebietsorientierten Arbeitsgruppen.

Die hier gewählte Methodik der Experten-Konsensusgruppen wird häufig bei externen Qualitätssicherungsmaßnahmen verwendet (vgl. Winter, 1997).

*„Die quantitativ und qualitativ differenzierte Beschreibung von Therapieeinheiten ist eine notwendige Voraussetzung, um die Qualität der rehabilitativen Behandlung einschätzen zu können. (...). Die mit der KTL erreichte Transparenz über das Leistungsgeschehen im Einzelfall ist (...) eine entscheidende Voraussetzung für die interne Qualitätssicherung, weil sie es ermöglicht, den Rehabilitationsverlauf systematisch mit der Behandlungsplanung und dem Rehabilitationsergebnis in Beziehung zu setzen“ (BfA 1997, S.5).*

---

<sup>3</sup> Alle hier gemachten Angaben stammen aus den genannten gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen.

Zur Spezifikation der einzelnen Tätigkeit wurde jeweils eine KTL-Nummer vergeben. Folgende ergotherapeutische Leistungen sind mit quantifizierten Qualitätsmerkmalen enthalten:

- Angehörigenanleitung
- Arbeitstherapie einzeln / Indikationsgeleitete Arbeitstherapie in Gruppen
- Bilanzierungsgespräch bei externem Arbeitsplatzpraktikum
- Arbeitsplatztraining
- Funktionstraining mit geeignetem Material / Gerät (einzeln bzw. in Kleingruppen, 45 bzw. 60 Minuten Dauer pro Einheit)
- Funktionstraining indikationsspezifisch (einzeln bzw. in Kleingruppen, 45 bzw. 60 Minuten Dauer)
- Gartentherapie
- Gestaltungstherapie im weitesten Sinne (einzeln bzw. in Kleingruppen, 45 bzw. 60 Minuten Dauer)
- Hausbesuch und/oder Arbeitsplatzbesuch
- Haushaltstraining (einzeln bzw. in Kleingruppen, 30, 45, 60 bzw. 120 Minuten Dauer pro Einheit)
- Hilfsmittelbezogene Ergotherapie
- Selbsthilfetraining (einzeln bzw. in Kleingruppen, 45 bzw. 60 Minuten Dauer pro Einheit)
- Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung
- Projektgruppe
- Produktorientiertes Arbeiten, z.B. Anfertigung eines Werkstücks
- Freies Werken als Gruppenbehandlung
- Ergotherapie im Rahmen der Bezugsgruppe
- Meditatives Malen im weitesten Sinne

Innerhalb der einzelnen Tätigkeiten können zur inhaltlichen Differenzierung der Leistungseinheiten Zusatzklassifikationen zu den KTL-Nummern aus Tabelle 5 genutzt werden.

Tab. 5: Zusatzklassifikationen zur inhaltlichen Differenzierung der KTL-Nummern (aus BfA, 1997)

g03	.10 Soziales/Hauswirtschaft, .20 EDV/Bürokommunikation, .30 Handwerk, .99 sonstiges
g31- g38	.10 Behandlung nach Bobath u.a., .20 Gelenkschutz, .30 Gleichgewichtstraining, .40 Koordinationsschulung, .50 Rückenschonendes Arbeiten, .60 Schreibtraining, .70 Funktionelle Spiele, .71 Wahrnehmungstraining, .99 sonstiges indikationsspezifisches Funktionstraining
g60	.10 Hilfsmittelanpassung, .20 Hilfsmittelberatung, .30 Schienenversorgung, .40 Hilfsmitteltraining, .50 Hilfsmittelversorgung, .99 sonstige hilfsmittelbezogene Ergotherapie
g61- g67	.10 Aufbau von sozialer Kompetenz und Selbstsicherheit, .20 Freizeitkompetenztraining, .30 Training in Aktivitäten des täglichen Lebens, .99 sonstiges Selbsthilfetraining
g75	.10 Gruppencollage, .20 Gruppenskulptur, .99 sonstige Projektgruppe

Weiterhin wird differenziert nach Qualitätsmerkmalen (Berufsgruppe, Fachgebiet, Indikation, Therapieziel, Ort, Gerät, Sonstiges) und Anwendungsformen (Dauer, Frequenz, Anzahl der Patienten).

Qualitätsmerkmale werden nur sehr grob benannt, so dass das oben genannte Ziel der KTL-Systematik, nämlich den Rehabilitationsverlauf systematisch mit der Behandlungsplanung und dem Rehabilitationsergebnis in Beziehung zu setzen, nicht erreicht werden kann. Vielmehr erscheint die Klassifikation als Versuch, therapeutische Leistungen ein- bzw. auszugrenzen, wahrscheinlich, um die bezahlbaren Leistungen möglichst gering zu halten. Therapieziele müssten sehr viel eindeutiger gefaßt werden. Außerdem fällt auf, dass das Ziel der „Qualitätsverbesserung“ durch solche Klassifikationen nicht unterstützt wird, weil die Rahmenbedingungen sehr eng erscheinen. Eine solche Klassifikation als entscheidende Voraussetzung für „interne“ Qualitätssicherung zu postulieren, erscheint somit äußerst fragwürdig.

### 3.1.5 Rahmenbedingungen des Untersuchungsfeldes

Die bisherigen Erläuterungen zeigen die Größe und Differenziertheit des exemplarischen Untersuchungsfeldes auf. Gemeinsamkeiten der einzelnen Tätigkeitsfelder innerhalb der Ergotherapie herauszuarbeiten, ist kompliziert. Einige allgemeine Aussagen sollen dabei helfen, die Struktur des Feldes einzuschätzen.

Ergotherapie ist ein Ausbildungsberuf. Die Heilmaßnahme wird durch den Arzt verordnet. Die Durchführung „vor Ort“ geschieht durch die einzelne Therapeutin selbstverantwortlich. Die Anbindung an Forschungsinstitutionen in der Bundesrepublik Deutschland ist sehr gering. Somit ist auch der wissenschaftlich, empirische Nachweis der Wirksamkeit einzelner ergotherapeutischer Interventionen bislang nicht erbracht. Da es wenig empirisch gesicherte Hypothesen für Interventionen innerhalb der Therapien gibt, fehlen weitgehend Standards. Von außen betrachtet kann dieses als Willkürlichkeit in der Behandlung erscheinen, obwohl Behandlungsgrundsätze sehr wohl vorhanden sind. Diese werden aber nicht systematisch untersucht, nur selten veröffentlicht und somit vorwiegend in einer regen „Fortbildungskultur“ verbreitet, die schulenspezifisch und an relativ wenigen „*Einzelpersönlichkeiten im Feld*“ ausgerichtet sind (vgl. Schaade, 1998; Bollin, 1998; Presber & de Néve, 1997).

Konkrete Handlungsanweisungen für therapeutische Interventionen sind selten beschrieben oder in manualisierter Form erhältlich (Ausnahmen vgl. Waldner-Nilsson, 1997; Schaefgen, 1999; Schilling, 1997).

Auch zur Praxenorganisation gibt es nur wenige Veröffentlichungen (vgl. Hasselblatt, 1997). Ergotherapeutinnen arbeiten, ähnlich wie Psychotherapeuten, mit viel Selbstverantwortung und relativ großem Handlungsspielraum, z.T. in eigener Praxis. Im hier untersuchten Feld zeigt sich allerdings als wesentlicher Unterschied zu einer psychotherapeutischen Praxis die große Anzahl an Angestellten.

Bei der Konzeption des Vorgehens können daher einige Anleihen bei Maßnahmen der Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung gemacht werden, da die Ebenen der Qualitätssicherung ähnlich sind (vgl. Laireiter & Vogel, 1998).

Seipel (1998) beschreibt ein Qualitäts-Monitoring-System in einer ambulanten Psychotherapiepraxis, das von ihm und seinen Mitarbeitern entwickelt und umgesetzt wurde. Der Schwerpunkt dieses Systems liegt auf einer EDV-gestützten systematischen diagnostischen und therapiebegleitenden Datenerhebung und –verarbeitung. Eine Studie, die 1996 begonnen wurde, soll innerhalb von zwei Jahren diese interne Qualitätssicherungsmaßnahme evaluieren. Seipel (1998, S.126) sieht als Voraussetzungen:

- Akzeptanz durch die mitarbeitenden Therapeuten und die Patienten;
- computergestützte systematische Datenerhebung und –verarbeitung;
- geringer bürokratischer Aufwand;
- zeit- und kostengünstige Durchführung.

Ausdrücklich kritisiert Seipel (1998) die fehlende Kostendeckung des zeitlichen Aufwandes dieser Art routinemäßiger Qualitätskontrollen. Er resümiert:

*„Qualitätssicherung bewegt sich im Spannungsfeld zwischen wissenschaftlichen Anforderungen und praktischen Realisierungsmöglichkeiten. Wissenschaftliche Psychotherapieforschung muss sich bei der Entwicklung von Richtlinien und Standards zur Qualitätssicherung auch von der Frage leiten lassen, ob sich diese bei den strukturellen Gegebenheiten der meisten psychotherapeutischen Praxen und des Gesundheitssystems in den Routinealltag einer Praxis implementieren lassen und letztlich zu einer Verbesserung der psychotherapeutischen Routineversorgung führen. Realisierbarkeit und Praxisrelevanz sollten deshalb entscheidende Kriterien bei der Entwicklung von Standards sein“ (S.130).*

Nach Berechnungen von Doubrawa (1996), der das Qualitätssicherungskonzept von Grawe & Braun (1994) hinsichtlich des Aufwandes untersuchte, entsteht ein zusätzlicher Kostenaufwand von 20% des jetzigen Honorars von durchschnittlich 120 DM pro 50 Minuten Psychotherapiezeit für Qualitätskontrolle. Baumann & Ühlein (1994) postulieren, dass eine Verlaufsdokumentation ökonomisch so konzipiert sein muss, dass sie in fünf Minuten erfolgen kann.

Hass, Märtens & Petzold (1998) versuchen mit einem formativen Evaluationsansatz die Akzeptanz zur Einführung eines Qualitätssicherungssystems in der ambulanten integrativen Therapie aus Therapeutensicht zu ermitteln. Sie begründen ihr Vorgehen folgendermaßen:

*„Angesichts der noch keineswegs geklärten Fragen nach den entscheidenden – insbesondere für einen integrativen Ansatz spezifischen – Prozessqualitäten, die zum Erreichen einer bestimmten Ergebnisqualität realisiert werden müssen, erscheint es besonders wichtig, ein System zu entwickeln, das den Bedürfnissen der Therapeuten entspricht und ihren Praxisalltag so wenig wie möglich verändert. Erst wenn man gesicherte Zusammenhänge spezifischer Wirkmechanismen kennt, erscheint es gerechtfertigt, auf eine Orientierung an festgelegten Prozessmerkmalen und den Einsatz bestimmter Vorgehensweisen auch gegen die Bedürfnisse von Therapeuten zu drängen“ (S.159).*

Diese Begründung erscheint vollständig auf das Praxisfeld ergotherapeutischer Interventionen übertragbar. In den Schlußfolgerungen ihres Artikels schreiben die Autoren:

*„Nur die Qualitätssicherungs-Modelle haben Aussicht auf Akzeptanz, die die ureigenen Interessen von Klienten und Therapeuten treffen“ (S.175).*

Die Bedingungen für die Erstellung der Dienstleistung, die konkrete Handlungsebene ihrer Erstellung und die verfolgten Ziele unterscheiden sich in der Ergotherapie deutlich von denen in der Psychotherapie.

Die Ergotherapie als Dienstleistungsberuf wurde in dieser Arbeit beispielhaft für die Entwicklung eines Modells der Qualitätsorientierung bei Dienstleistern im Gesundheitswesen ausgewählt (vgl. Kapitel 2.7). Ein solches Modell dient dabei als Grundlage für die Auseinandersetzung mit Qualitätsmanagement in der Praxis. Da es kein Patentrezept für Maßnahmen der Qualitätssicherung gibt, das auf alle im Gesundheitswesen Beteiligten übertragbar wäre, ist es notwendig, mithilfe eines solchen Denkmodells individuelle Lösungen einer effektiven internen Qualitätssicherung anzustreben, bei denen die vom Gesetzgeber geforderten externen Vorgaben lediglich eine Orientierung durch Standards anbieten können.

### 3.2 Qualitätsdenken im Gesundheitswesen – Versuch eines Problemaufrisses

#### 3.2.1 Begründungsversuche für die rasche Entwicklung des Qualitätsmanagements

*„Qualität ist die strukturierte Auseinandersetzung mit Selbstverständlichkeiten“*  
(Jaster, 1997, S.26).

Oberflächlich wie bei Jaster (1997) betrachtet, erscheint die Sicherstellung der Mindestqualität einer Ware bzw. Dienstleistung in der modernen Industriegesellschaft als Selbstverständlichkeit. Bei der differenzierten Auseinandersetzung um die Qualität einer Dienstleistung drängt sich allerdings die Frage auf, welche Bedingungen dafür verantwortlich sind, dass dies gerade im Gesundheitswesen zur Zeit sehr stark diskutiert wird.

Im Fokus „externaler“ Qualitätsorientierung zeigt sich eine Vielfalt von Gründen für die rasche Entwicklung von Qualitätssicherung und –management in diesem Bereich. Winter (1997) nennt u.a. folgende Ursachen:

- Rasch gewachsener Kenntnisstand in Bezug auf technische, diagnostische und therapeutische Möglichkeiten,
- Kenntnisse über bio-psycho-soziale Zusammenhänge von Krankheit und Gesundheit,
- Steigende Erwartung hinsichtlich der Patientenorientierung,
- Steigende Erwartung der Patienten hinsichtlich der Modernität der angewandten Verfahren,
- Abnahme der Transparenz und dadurch Reduktion des Vertrauens in das Gesundheitswesen allgemein,
- Abnahme der Transparenz und dadurch Reduktion des Vertrauens in die ärztliche Behandlung,
- Vermehrte Einsicht, dass ärztliches Handeln unvollkommen ist,
- Zunahme von Behandlungsfehlerprozessen,
- Änderung der gesetzlichen und standesrechtlichen Auflagen,
- Verteuerung von Versicherungsprämien.

Im Fokus „externaler“ Qualitätsorientierung unterliegen Dienstleister außerdem immer stärkerem wirtschaftlichen Druck, so dass die Gefahr besteht, dass *„die Qualität der Versorgung zur Variablen wird“* (Luithlen, 1995, S.25). Das Kriterium „Qualität“ wird in diesem Zusammenhang von Gesundheitsdienstleistern zunehmend als Marketinginstrument genutzt, um die eigenen Dienstleistungen auf dem Markt durchzusetzen.

So benannte Ursachen des Erkenntnisinteresses an Qualitätssicherung (vgl. Winter, 1997; Laireiter & Vogel, 1998) erscheinen vorwiegend „external“ verortet. Ein Blick in die gängige Literatur zu Qualitätssicherung und –management verstärkt diese Vermutung, dass allein „äußere“ Zwänge dazu führen könnten, dass Personen sich mit diesem Themenkomplex beschäftigen.

*„Die derzeitige Situation der deutschen Wirtschaft ist gekennzeichnet durch einen zunehmend härteren nationalen und internationalen Wettbewerb“ (Eversheim, 1997, VI).*

*„In den Zeiten eines Verdrängungswettbewerbs reichen die traditionellen Methoden nicht mehr aus, um sich gegenüber den Wettbewerbern zu profilieren“ (Reinhart, Lindemann & Heinzl, 1996, S.4).*

*„Veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen (...) und der damit verknüpfte markt-induzierte Druck zur Zertifizierung von Qualitätsmanagementsystemen einerseits, sowie das zunehmende Interesse an umfassenden Qualitätsmanagementsystemen (...) andererseits, haben dem Thema „Qualität“ in Deutschland eine Renaissance beschert“ (Zink, 1997, IX).*

*„Die Begriffe Qualitätskontrolle, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement sind in aller Munde, aber für viele Therapeuten sind die mit diesen Begriffen verbundenen Anforderungen unvorbereitet auf sie zugekommen. Man sieht sich mit neuen Anforderungen konfrontiert, ohne genau zu wissen, wie man sich dazu stellen soll und welche konkreten Möglichkeiten es gibt, ihnen gerecht zu werden. Was gegenwärtig nottut, ist erst einmal die Herausbildung eines neuen Qualitätsbewusstseins“ (Grauwe, 1998, S. 9).*

Die „internalen“, selbstbezogenen Ursachen treten in einer solchen Diskussion deutlich in den Hintergrund, zumal auch häufig die Forderung erhoben wird, die Qualität einer Dienstleistung allein durch den Kunden bestimmen zu lassen. Es kann vermutet werden, dass dies sowohl Auswirkungen auf das Qualitätsbewusstsein der Dienstleister als auch auf einen Großteil der Maßnahmen zur Qualitätssicherung hat. Auch die Bildung der Modelle zur Beschreibung branchenunspezifischer Qualitätsdimensionen, sowie die Erklärung ihrer Zusammenhänge, steht im Zeichen dieser externalen Strategien. Der Kunde soll im Mittelpunkt stehen und der Dienstleister muss ihm auf der Spur sein, um „das Richtige“ zu tun. Die besondere Stellung des „Kunden im Gesundheitssystem“ wird im folgenden näher betrachtet.



### 3.2.2 Der „Kunde“ im Gesundheitssystem

Die meisten in Kapitel 2 beschriebenen Modelle der Dienstleistungsqualität stellen die „externe“ Kundenorientierung in den Mittelpunkt. So werden Qualitätsmerkmale aus Kundensicht beschrieben. Die Qualität von Dienstleistungen wird dabei meist exklusiv an das subjektive Erleben des Bedienten gebunden. Aufgrund der Erfahrungsqualität von Dienstleistungen ist deren Ergebnis kaum objektiv zu messen (vgl. Nerdinger, 1994, S.193).

Bei Dienstleistungen im Gesundheitswesen wird dieser Sicht allerdings häufig widersprochen. Die Begründung liegt zum einen in den theoretisch bzw. konzeptionellen Grundlagen einer solchen Ausrichtung und an der historisch gewachsenen Expertenausrichtung, z.B. bei Dienstleistungen von Ärzten, die das „objektiv“ richtige glauben beurteilen zu können.

*„Ich kann mir eine Reihe von Patientenwünschen vorstellen, die möglicherweise die medizinische Versorgung verschlechtern, die den Patienten gefährden. Da der Patient vertraglich einen Anspruch auf eine höchstmögliche Versorgung hat, würde ich solchen Wünschen, allein aus juristischen Gründen, nicht leichtfertig nachgeben wollen. Gleichgültig, ob der Patient dann nachher zufrieden ist oder nicht“ (Streckel 1996, S. 128).*

Auch die Wahlfreiheit des Kunden im Gesundheitswesen erscheint eingeschränkt. Hermer (1998) spricht im Zusammenhang mit der Kundenorientierung in der Psychiatrie und Psychotherapie von „Kunden in feindlicher Umgebung“ (S.747).

Besonders in Kliniken, aber auch in vielen ambulanten Einrichtungen können Patienten auf die Bedingungen ihrer Behandlung deutlich weniger Einfluss nehmen als Kunden bei der Wahl von Dienstleistungen in Bereichen außerhalb des Gesundheitswesens. Bezogen auf ergotherapeutische Dienstleistungen wird deutlich, dass...

- Patienten kaum Einfluss darauf haben, wer sie behandelt. Es gibt meist keine freie Wahl der Therapeutin;
- Patienten häufig von anderen Stellen „eingewiesen“ bzw. „überwiesen“ werden, also häufig „Kunden wider Willen“ sind (vgl. Hermer, 1998, S.748);
- die Entscheidung über die Dauer der Dienstleistung wesentlich von der Verordnungspraxis des überweisenden Arztes abhängt und nicht von behandelnder Therapeutin bzw. vom Patienten selbst.

Der Kundenbegriff konnte im Bereich der Dienstleistungen im Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren ohne große Einwände eingeführt werden. Dies liegt zum Teil daran, dass die beteiligten Interessenvertreter ganz Unterschiedliches meinen, wenn sie beim Patienten von „Kunde“ sprechen. Die folgende Darstellung orientiert sich an Hermer (1998):

- Politische Interessenvertreter: Kundenbegriff dient dazu, die gesundheitliche Versorgung stärker in Funktionsweisen der gesamtgesellschaftlichen Prozesse einzugliedern. Gesundheit als Ware wird damit den gängigen Marktmechanismen unterworfen. Rationalisierung, Kostenminimierung, Konkurrenz, Qualitätsmanagement, Kosten-Nutzen-Rechnungen und ökonomisch bestimmte Globalsteuerung erscheinen so als Selbstverständlichkeiten.
- Leitungskräfte in Institutionen (Kliniken, Praxen): Die therapeutische Sprache wird durch eine ökonomische Sprachregelungen abgelöst. Dies führt konsequenterweise dazu, dass die Institutionen wie „normale“ Unternehmen geführt werden. Die ökonomische Orientierung stand vorher auch häufig im Vordergrund, aber mit dieser Sprachregelung wird nun versucht, die Arbeitshaltung der Mitarbeiter zu beeinflussen. Kunden sind freundlich und zuvorkommend zu behandeln, sie haben ein Anrecht auf qualifizierte Leistungen.
- Mitarbeiter in Institutionen (Kliniken, Praxen): Mitarbeiter benutzen den Ausdruck deutlich seltener als Leitungskräfte. Dies liegt nach Hermer (1998, S.751) an einer Verwendung des Kundenbegriffs durch Vorgesetzte, die nicht die Qualifikation im Bereich Dienstleistungsmanagement besitzen, wie sie im industriellen Management verbreitet ist. Die Vorgesetzten werden dadurch in den Augen der Mitarbeiter unglaublich.
- Patienten: Sie scheint der Kundenstatus zu begeistern, weil er ihnen mehr Autonomie und Rechte verspricht (vgl. Miles-Paul, 1992). Kunden wählen ihre Waren selbst aus. Sie sind begehrenswert, weil sie etwas zu bieten haben, und der Verkäufer hat sich in der Regel nach ihnen zu richten. Die Nutzer kontrollieren die Lieferanten. Der Kundenbegriff scheint eine Umkehrung der Machtverteilung im traditionellen Gesundheitswesen zu bedeuten.

Diese Darstellung macht deutlich, dass der Kundenbegriff durch die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen sehr unterschiedlich verwendet wird, viel heterogener als im industriell ausgerichteten Dienstleistungsbereich. Ausgehend von den Begriffen „Patient“ und „Kunde“ werden im folgenden die Unterschiede, aber auch die gemeinsamen „Schnittmengen“ herausgearbeitet:

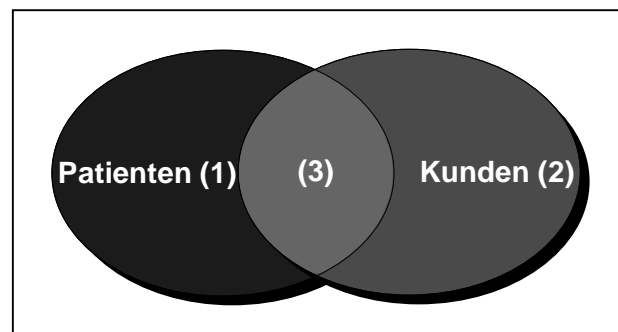


Abb.14: Modell zur Veranschaulichung der „begrifflichen“ Schnittmengen zwischen „Patienten“ und „Kunden“

- (1) Patienten: Dieser Bereich verweist auf Eigenarten von Patienten, die vom Kundenbegriff nicht abgedeckt werden. Hersteller haften für die Qualität ihrer Produkte. Das Produkt Gesundheit kann prinzipiell nie garantiert werden. Dies entspricht allerdings den meisten Dienstleistungen mit hoher Interaktionsdichte. Die Behandler haften nur für Kunstfehler, d.h. für eine nachgewiesene schlechte Prozess- bzw. Ergebnisqualität. Patienten befinden sich also von vornherein in einer wesentlich schlechteren Position als viele Kunden. Patienten sind – vom Wortursprung her – „*Leidende*“, haben also eine spezifisch menschliche Qualität, die dem abstrakten Kunden fehlt.

*„Die Verlockung auf seiten der Professionellen ist groß, aus der besonderen Bedeutung, die sie für ihre Kunden haben, eine gänzlich andere, paternalistische bis mystisch überhöhte Beziehung zu konstruieren. In ihr wird die Grundlage der Begegnung, nämlich das Geldopfer des Behandelten, ausgeblendet. (...). Der Akt des Heilens wird aus den Niederungen marktwirtschaftlicher Handelsbeziehungen herausgehoben und zu etwas ganz Besonderem stilisiert“ (Hermer, 1998, S.757).*

- (2) Kunden: Dieser Bereich symbolisiert die Anteile des Kundenbegriffs, die bei Patienten nicht vorzufinden sind. An erster Stelle sind hier die ökonomischen Mechanismen der Marktwirtschaft zu nennen, die im Gesundheitswesen eingeschränkt sind. Dies gilt sowohl für die Anbieter- als auch für die „Käufer“-Seite.

Das Kommunikationssystem des Anbieters (vgl. Thill, 1996) unterliegt einem relativ engen rechtlichen Rahmen. Aufgrund des Heilmittelwerbegesetzes (HWG) mit dem Verbot der irreführenden Werbung (§3), dem Verbot sonstiger Werbung außerhalb des Verkehrskreises (§11) und klaren Vorschriften für die Werbung unter Bezugnahme auf bestimmte Krankheiten und Leiden (§12) ist es niedergelassenen Ergotherapeutinnen faktisch untersagt, ihre Leistungen „anzupreisen“. Die informierenden Aspekte müssen deutlich in den Vordergrund treten.

Der klassische Kunde kann sich entscheiden, ob er eine Ware überhaupt kauft, und wenn ja, bei welchem Anbieter. Der Patient, der dringend eine Behandlung sucht, besitzt diesen Spielraum nur eingeschränkt. Er muss „kaufen“ und zwar sofort. Er besitzt oft nicht die Möglichkeit, Vergleichsangebote einzuholen oder sich einen Behandler frei zu wählen. Es ist für ihn auch viel schwieriger, die Qualität des Angebots zu beurteilen. Patienten sind insofern ungewöhnliche Kunden, da keine direkte Beziehung zwischen den von ihnen beanspruchten Gesundheitsleistungen und dem zu entrichtenden Preis besteht.

*„Der Krankenkassenbeitrag entspricht eher einer Monatsfahrkarte, mit der öffentliche Verkehrsmittel (bzw. hier: Ärzte) unbegrenzt benutzt werden dürfen. Zwar hält sich – entgegen ständigen politischen Behauptungen – der Lustgewinn, dauernd in Arztpraxen zu sitzen, für normale Menschen genauso in Grenzen wie das Vergnügen, ohne Anlaß Bus zu fahren. Trotzdem sind die Gralhüter des Marktliberalismus seit einiger Zeit angestrengt bemüht, den angeblichen Schwarzfahrern des Gesundheitswesens durch Selbstbeteiligungen, Rezeptgebühren und Ausgrenzung bisheriger Krankenkassenleistungen ein echtes Kundenbewusstsein einzubleuen“ (Hermer, 1998, S.754).*

Die Regulierung des Preises über die Konkurrenz ist im Gesundheitswesen ebenfalls schwierig und bislang kaum zu realisieren. Der Gesetzgeber zeigt in diesem Zusammenhang eine ambivalente Orientierung für Anbieter und Kunden im Gesundheitswesen. So unterstützt er die Privatisierung der gesundheitlichen Versorgung, womit das Solidarprinzip allmählich aufgeweicht wird. Andererseits wird der gesetzlichen Krankenversicherung eine Beschränkung auf ein wie auch immer definiertes „notwendiges Maß an Leistungen“ gesetzlich vorgegeben, begründet damit, die Lohnnebenkosten nicht zu steigern.

- (3) Schnittmenge zwischen Kunden und Patienten: Dieser Bereich symbolisiert die Anteile des Kundenbegriffs, die sich auf die ergotherapeutische Behandlung übertragen lassen. Patient und Therapeutin sind formal gleichberechtigte Marktteilnehmer. Der Patient hat die Freiheit, das Angebot der Therapeutin anzunehmen, abzulehnen oder die Therapie ganz abzubrechen, wenn sie seinen Vorstellungen nicht entspricht. Der Patient ist nicht Objekt einer undurchschaubaren, unkontrollierbaren oder gar ungewollten Behandlung, sondern handelt als Subjekt mit einem Aktionsspielraum wie der Professionelle. Patient und Therapeutin gehen eine Geschäftsbeziehung ein, die das klassisch medizinische Paradigma mit klarer Rollenzuweisung verändert. Der Patient wird „Co-Produzent“, wird aktiver Konsument. Compliance wird somit mehr, als die Befolgung therapeutischer Anweisungen. Der Patient verlässt die Rolle des passiven Versorgungsempfängers.

Ergotherapeutinnen stehen im Wettbewerb mit anderen Anbietern, seien es Physiotherapeuten, Heilpraktiker, Selbsthilfegruppen oder andere therapeutische Dienstleister. Zur Behandlung kommt die Verhandlung. Der Anbieter hat sich auf die Vorstellungen des Kunden einzustellen. Ein Ergebnis dieser Art der Kundenorientierung ist der Versuch einer Messung der Behandlungserfolge, u.a. durch Befragung der Patienten über ihre Zufriedenheit mit der Behandlung. Dabei ist aber zu beachten, dass die Ergebnisse dieser Art der Befragung allgemein sehr günstig ausfallen. Unabhängig von den jeweiligen konkreten Behandlungsbedingungen ist die Mehrheit der Patienten mit der Therapie global zufrieden (Leimkühler & Müller, 1996). Die Ergebnisse solcher Erhebungen werden somit primär als Marketinginstrument benutzt, ohne aus den Resultaten weitere Konsequenzen für die Institution zu ziehen. Bei der Einführung eines QM-Systems als systemverträgliche Organisationsentwicklung steht demgegenüber die reflektierte Nutzung von Informationen zu einer konkreten Veränderung der Praxistrukturen und –prozesse im Mittelpunkt.

Häufig wird bei den hier beschriebenen Besonderheiten von Dienstleistungen im Gesundheitswesen auf ärztliche und psychotherapeutische Dienstleistungen verwiesen und so eine gewisse Annäherung an ergotherapeutische Dienstleistungen versucht. Dabei zeigen sich bereits Grenzen des Kundenparadigmas, die noch verstärkt werden, wenn man z.B. das System der Psychoanalyse oder auch Interventionen im verhaltenstherapeutischen Bereich

betrachtet, die häufig mit Unlustreaktionen des Patienten verbunden sind. Dort erscheint dies notwendig, wenn eine erfolgreiche Therapie durchgeführt werden soll. Der Patient kommt meist mit einem eng umgrenzten Auftrag der Symptombeseitigung. Im klassisch medizinischen Paradigma kann diesem Auftrag oberflächlich durch die Gabe von Medikamenten oder ähnlichem noch entsprochen werden, wobei häufig „Nebenwirkungen“ in Kauf genommen werden müssen. Im Bereich der Heilmittel wie Ergotherapie und Physiotherapie kann diesem Auftrag auch noch leichter entsprochen werden, als im psychotherapeutischen Bereich. Dies ist ein wesentlicher Unterschied zwischen diesen Professionen im Gesundheitswesen. Traditionell ist die Ergotherapie dem Handwerk noch näher als einer psychotherapeutischen „Kunstform“. Je mehr eine Dienstleistung den Kern der menschlichen Existenz in den Mittelpunkt rückt und diesen im Verlauf der Therapie verändern möchte, umso schmerzhafter wird der Prozess. Mit der vom Therapeuten angestrebten Persönlichkeitsumstrukturierung kauft der Kunde also sehr viel mehr ein, als er häufig möchte – ohne dass dies zumindest nach dem derzeitigen Forschungsstand oft erforderlich wäre.

Es bleibt das Dilemma, kurzfristige Patientenzufriedenheit auf Kosten geringerer langfristiger Entwicklungsmöglichkeiten in Kauf zu nehmen. Kundenwünsche aufzugreifen, wird auch dann schwierig, wenn die angestrebten Ziele des Patienten mit dem der Therapeutin in Konflikt geraten. Und selbst dort, wo eine differenzierte Methodik der Zielanalyse angewendet wird, in einem individualistisch-pragmatischen Sinne, werden gesellschaftliche Dimensionen der Konflikte meist ausgeklammert (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996).

*„Verkäufer passen sich ihren Kunden an (oder beeinflussen sie subtil), um ihre Waren abzusetzen. Psychotherapie lebt von der Begegnung zweier Menschen, die ihre Eigenständigkeit beibehalten. Eine zu Ende gedachte Kundenorientierung hieße, dieses Spannungsverhältnis zugunsten eines auf gefällige Wirkung bedachten Therapeuten aufzulösen. Es würde die Behandlung für den Patienten vielleicht angenehmer machen, aber die Chance einer wirklichen Begegnung verunmöglichen. Blinde Anpassung hier, therapeutischer Paternalismus da – zwischen diesen Polen muss eine gute Therapie ihren Weg finden. Kundenorientierung allein löst das Problem nicht“ (Hermer, 1998, S.760).*

### 3.2.3 Qualitätsmanagement im Fokus verschiedener Interessengruppen

*„Qualität kann schnell zum ideologischen Begriff werden, hinter dem Interessen anderer Art versteckt werden. Qualität dient der Legitimation politischer, ideologischer oder ökonomischer Interessenlagen, die sich als solche nicht zu erkennen geben wollen und scheinbar neutrale Paradigmen wie ‚Qualität‘ nur als ihren Vorwand benutzen. Dies gilt vor allem für solche Situationen, die keiner sorgfältigen Überprüfung oder einer gründlichen Reflexion unterliegen“ (Weigand, 1999, S.248).*

Die Festlegung von Qualitätsdimensionen und -standards ist angesichts unterschiedlicher Auffassungen und Ziele verschiedener Interessenvertreter im Gesundheitswesen sehr schwierig.

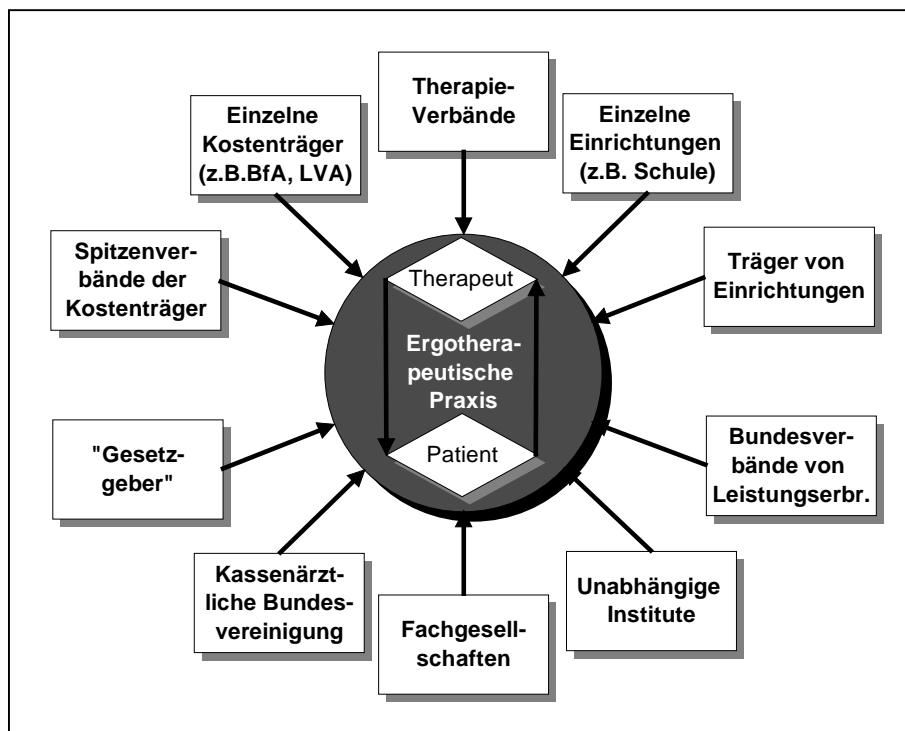


Abb. 15: Mögliche Interessengruppen im Gesundheitssystem bei der Ausrichtung eines QM-Systems in ergotherapeutischen Praxen

Die Auseinandersetzung innerhalb dieser Interessengruppen geschieht mehr oder weniger offen über folgende zentrale Fragen (nach Nübling & Schmidt, 1998, S.55):

1. Wer soll Qualitätssicherung betreiben?
2. Wie soll Qualitätssicherung durchgeführt werden?
3. Wer soll die Maßstäbe setzen?
4. Wer soll die Durchführung der Qualitätssicherung kontrollieren?

Zentral bei der Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung ist die Entscheidung der Ausrichtung und die Vereinbarung darüber, welche Berufsgruppe mit der Durchführung „beauftragt“ wird und wer sie beauftragen darf. Die Frage nach den Normgebern oder „*stakeholdern*“ (Wittmann, 1995), also letztlich nach denjenigen, die die „definitorische Macht“ haben, steht dabei im „politischen“ Mittelpunkt. In Anlehnung an Wittmann (1995) sichert nur eine repräsentative Auswahl und Berücksichtigung unterschiedlicher Stakeholderinteressen bzw. –kriterien eine „faire Qualitätssicherung“ (vgl. Koch & Schulz, 1997). Dies trifft insbesondere für die Festlegung von Standards zu.

Im Gesundheitswesen gibt es eine Reihe von Interessengruppen (siehe Abbildung 15), die bei der Ausrichtung eines Qualitätsmanagement-Systems (QM-System) und bei der Nutzung der Daten aus der Dokumentation etc. ihre spezifischen Ziele durchsetzen möchten. Intern und extern entsteht ein Regelungsbedarf. Extern muss geklärt werden, wer Daten aus dem Qualitätsmanagement-System erhält und wie er diese verwenden darf. Innerhalb des Systems (in der ergotherapeutischen Praxis) stellt sich u.a. die Frage, welche Daten erhoben werden und wie diese ausgewertet werden sollen.

Der Umgang mit den dokumentierten Daten entscheidet darüber, ob der Einsatz eines Dokumentationssystems zu einer verschärften Kontrolle führt, oder ob sich daraus eine reflektierte, kollegiale Erfolgskontrolle entwickelt. Um zu vermeiden, dass ein Qualitätsmanagement ausschließlich als Kontrollsystem verstanden wird, ist eine klare Regelung zu treffen, welche Daten wozu verwendet werden und wer sie bekommt. Die Beantwortung der Frage, an wen die Informationen gehen, ist ein sehr kritischer Punkt in der Konzeption eines QM-Systems (vgl. Adam, 1998).

Derzeit befinden sich fast alle Maßnahmen und Methoden in der Entwicklungs- oder Erprobungsphase, so dass keine flächendeckende Umsetzung des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen vorhanden ist. Die Brauchbarkeit und besonders die Gegenstandsangemessenheit solcher Systeme kann noch nicht fundiert beurteilt werden.

Folgende Gemeinsamkeiten scheinen sich bei laufenden Maßnahmen im Bereich der Ergotherapie und im vergleichbaren Bereich der „psychologischen Beratungs- und Therapie-dienstleistungen“ abzuzeichnen:

- Der „erste Anstoß“ wird aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter „von außen“ wahrgenommen und eher negativ beurteilt;
- die interne Ausrichtung der Qualitätssicherung steht im Vordergrund;
- es wird im Team an den einzelnen Konzepten und deren Umsetzung gearbeitet (Qualitätszirkel, Arbeitsgruppen, ...);
- systematische Datenerhebung steht im Vordergrund der Maßnahmen.

Einige vordringliche Zukunftsaufgaben werden hier perspektivisch vorangestellt, da sie im Zusammenhang mit der Ausrichtung von INTAKE (vgl. Kapitel 4) stehen. Sie werden bereits seit geraumer Zeit im Bereich der Psychotherapie diskutiert. Nübling & Schmidt (1998, S.67f.) nennen folgende Grobziele:

- Entwicklung interner Qualitätssicherungs-Konzepte (ggf. mit externer Anbindung bzw. unter externer Koordination);
- Übereinkunft über relevante Qualitätsmerkmale (qualitätsbestimmende Parameter) erzielen;
- Praktikable Erhebungsinstrumente zur Messung der relevanten Merkmale gemeinschaftlich entwickeln;
- Verbindliche Regelungen für Rückkopplungs- und Problemlösungsprozesse schaffen.

Eine weitere, zentrale Zukunftsaufgabe für den gesamten Bereich der Qualitätssicherung wird sein, die Krankenkassen davon zu überzeugen, Qualitätssicherungsmaßnahmen als integralen Bestandteil der Behandlungskosten anzuerkennen (vgl. Richter, 1996). Die Teilnahme an Qualitätssicherung erscheint zur Zeit noch als Druck- und Verbotsstrategie externer Kräfte. Um sie dauerhaft zu etablieren, sollten aber Belohnungsanreize gegeben werden. Dies erscheint als ein wesentlicher Grund für den mangelhaften Erfolg externer QS-Programme. Sie belohnen nicht explizit, sondern verhindern lediglich negative Auswirkungen. Aus dieser Position heraus fungieren sie zur Zeit bestenfalls als „Hygienefaktoren“ und nicht als Motivatoren für eine dauerhafte Qualitätssicherung (vgl. Comelli & v. Rosenstiel, 1995, S.133ff.).

Eine zweite wesentliche Entwicklung, die sich zur Zeit u.a. im Wandel der Verwendung des Begriffes „Qualitätssicherung“ hin zum Begriff „Qualitätsmanagement“ zeigt, besteht in der systemischen Ausrichtung. Qualitätssicherung erscheint als systematische Datensammlung, die häufig einer verantwortlichen Person oder Abteilung übertragen wird. Qualitätsmanagement geht einen Schritt weiter, weg von der einzelnen Maßnahme bzw. dem unverbundenen „Abgreifen“ von Daten im Verlauf der Dienstleistungserstellung, hin zur Systemgestaltung. Mit der Gestaltung eines QM-Systems wird auch die Unternehmung des Dienstleistungsanbieters verändert. Ein integraler Bestandteil der Dienstleistungen im Gesundheitswesen können Qualitätssicherungsmaßnahmen in dieser Ausrichtung nur werden, wenn sie systemverträglich in die Organisation des Dienstleisters implementiert sind.



### 3.3 Qualitätsmanagement als systemverträgliche Organisationsentwicklung

#### 3.3.1 Ausgangspunkte systemverträglicher Organisationsentwicklung

Organisationsentwicklung beginnt als Ausgangspunkt dieser Arbeit schon in dem Moment, in dem eine Person über den Zustand eines beliebigen sozialen Systems (Gruppe, Organisation, Gesellschaft) reflektiert, daraufhin einen Veränderungsbedarf, in welcher Form auch immer, feststellt und die Veränderung des sozialen Systems gemeinsam mit den Beteiligten sucht.

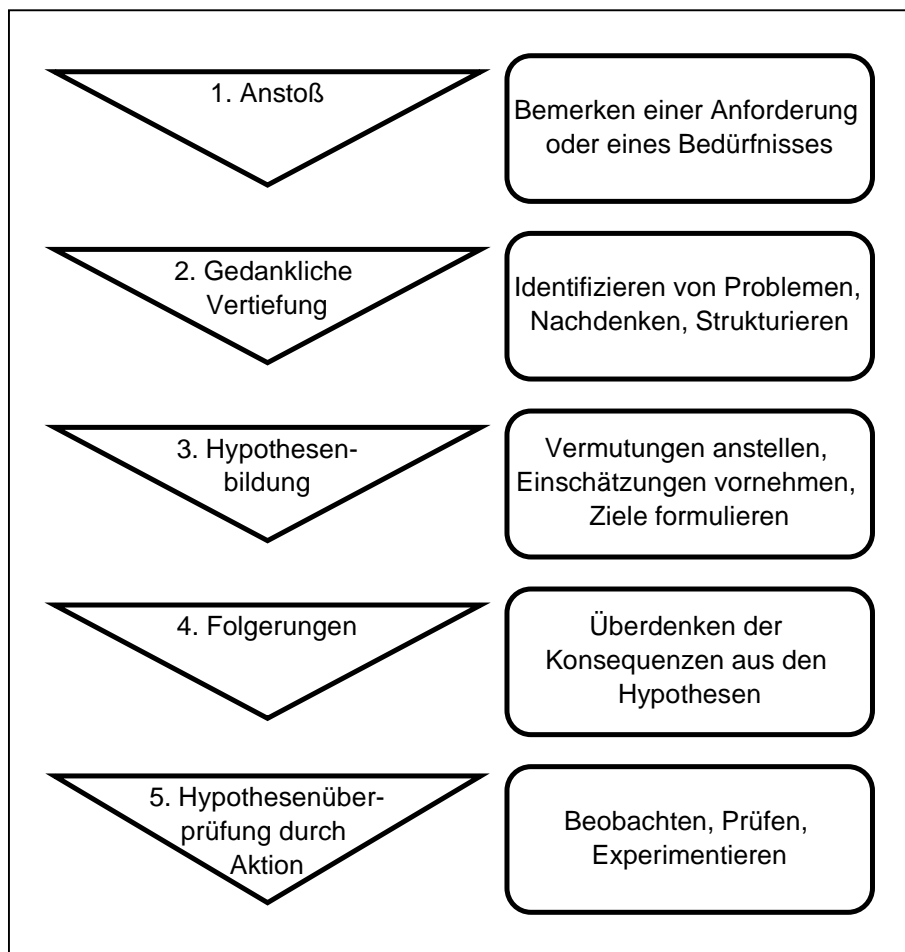


Abb. 16: Die fünf Phasen des reflektierten Denkens nach John Dewey (nach Becker & Langosch, 1995)

Eine Wurzel der Organisationsentwicklung (OE) liegt im „Pragmatismus“. Diese philosophische Tradition geht im wesentlichen auf John Dewey (vgl. Becker & Langosch, 1995, S.19) zurück. Nach Dewey lassen sich fünf Phasen des reflektierten Denkens unterscheiden, die auch das wissenschaftliche Vorgehen bestimmen, wie es im amerikanischen „Funktionalismus“ sichtbar wird (vgl. Abbildung 16).

Kombiniert man diese Phasen mit der Strategie der sozialwissenschaftlichen Aktionsforschung (Sammeln von Daten, Feedback der Daten an den Klienten, Handlungsplanung auf-

grund der Daten) kommt man schon nahe an die Konzeption „INTAKE“ als Maßnahme zur Organisationsentwicklung heran.

Der Ausgangspunkt der Organisationsentwicklung liegt in der *sogenannten „Laboratoriumsmethode“* und dem „*Survey-Feedback-Ansatz*“ nach Kurt Lewin (vgl. Rosenstiel, 1989). Bei der Laboratoriumsmethode handelt es sich um ein Training mit unstrukturierten Kleingruppen, in denen die Mitglieder von ihren wechselseitigen Interaktionen und der sich dabei entfaltenden Dynamik der Gruppe lernen. Diese Methode entstand in den 40er Jahren aus einer Reihe von Experimenten mit Gruppendiskussionsverfahren, die auf eine Verhaltensänderung der Mitglieder ausgerichtet waren und auf Kurt Lewin zurückgehen (vgl. French & Bell, 1977, S.37).

Unter dem Survey-Feedback-Ansatz wird eine spezielle Vorgehensweise im OE-Prozess verstanden. Sie beginnt mit der Erhebung des Ist-Zustandes, in der Regel mit Hilfe eines Fragebogens oder eines Interviews. Die erhobenen Daten werden ausgewertet, aufbereitet, geordnet und den Befragten zurückgemeldet, die aufgrund einer Diskussion der Ergebnisse, Folgerungen ableiten und Maßnahmen beschließen. Survey Feedback ermöglicht die Konfrontation mit den von der untersuchten Organisationseinheit selbst wahrgenommenen Problemen. Durch die Aufbereitung und Rückkopplung der erhobenen Daten wird eine gewichtete Sicht auf individuelle und kollektive Strukturen möglich und so diskutierbar. Für Kleinbetriebe, wie ergotherapeutische Praxen, eignet sich die Methode sehr gut, weil so alle Mitglieder des Systems am Feedback-Prozess zeitgleich beteiligt werden können.

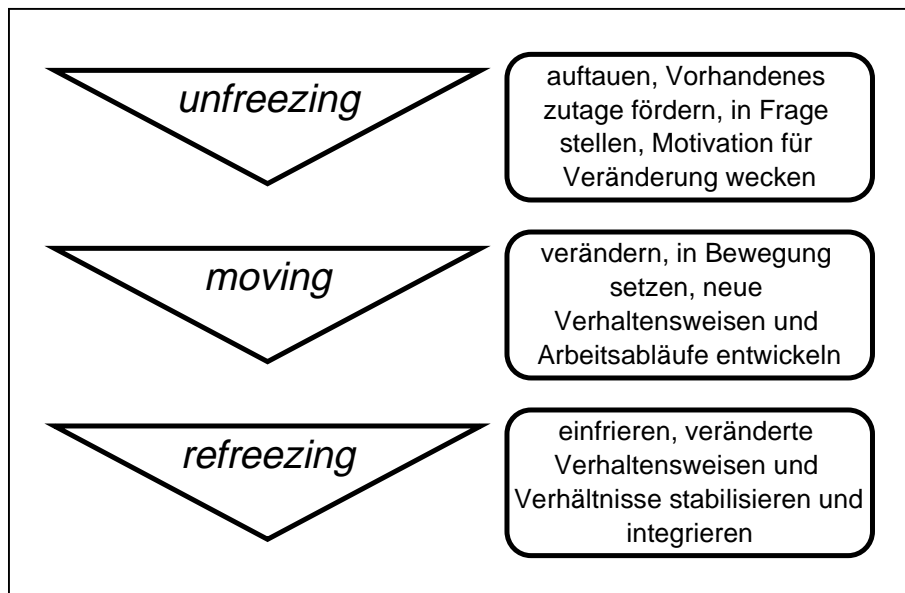


Abb. 17: Das Phasen-Modell der Veränderung von Kurt Lewin (nach Becker & Langosch, 1995)

Im Sinne der Selbstreferentialität können eigene Problemlösungspotentiale genutzt werden. Voraussetzung ist dabei die Akzeptanz der partizipativen Vorgehensweise für eine Veränderungsstrategie durch die Leitung der einzelnen Praxis.

Veränderungen, ob nun individuell oder kollektiv, werden außerdem in einem Phasenmodell von Lewin (1967) beschrieben. Dieses Modell bietet einen weiteren methodischen Ansatzpunkt für die Vorgehensweise im OE-Prozess (vgl. Abbildung 17).

Hintergrund ist die Beobachtung in Organisationen, dass auf extern eingeführte Veränderungen häufig eine Reaktion in Richtung auf frühere Verhaltensmuster erfolgt, die dann einsetzt, wenn der äußere Änderungsdruck nachlässt. Auch die beste Methode zur Qualitätssicherung ist nur dann in der Praxis erfolgreich, wenn sie einen konzeptionellen Rahmen in der ergotherapeutischen Praxis vorfindet, der ihre Anwendung ermöglicht.

Für die konzeptionelle Ausrichtung, die „internale Qualitätsorientierung“ als Ausgangspunkt zu nutzen, erscheint das Vorgehen angemessen, da es die Phase der „gedanklichen Vertiefung“ explizit nennt. Die so angeregte Qualitätsorientierung muss sich demnach nicht aufgrund von äußeren Drücken ändern. Der Analysephase (Auftauen, Soll-Ist-Vergleich, Diagnose, etc.) muss innerhalb einer solchen Konzeption viel Aufmerksamkeit geschenkt werden, damit der Umsetzungsprozess hin zu einem QM-System systemverträglich und damit erfolgreich verlaufen kann.

Hüffer (1997) analysierte den Abgleich verschiedener Systeminteressen in Organisationen und entwickelte aus verschiedenen empirisch erprobten Modellen elf Forderungen an eine systemverträgliche Organisationsentwicklung, die hier für eine Organisationsentwicklung an das „Kleinunternehmen Ergotherapeutische Praxis“ gestellt werden.

1. Die Konzeption sollte sich stark an den Zielen der Beteiligten orientieren. Diese Ziele müssen im Verlauf der Maßnahmen persönlich reflektiert und konkretisiert werden, um schließlich zwischen den einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Team „ausbalanciert“ und zeitlich sequenziert zu werden.
2. Da Zeitdruck bei der Arbeit eine wesentliche äußere Belastung für Ergotherapeutinnen darstellt (vgl. Kapitel 5.4.2), muss die Einführung eines QM-Systems möglichst an den Stellen ansetzen, die schnell zeitliche Entlastung bringen (z.B. Neufassung der Befunddokumentation mit Strukturierung der Befundberichte). Für den Stress am Arbeitsplatz sollten strukturelle und individuelle Bewältigungsformen entwickelt werden.
3. Auch ein kleines Unternehmen ist eine komplexe Organisation mit vielfältigen Vernetzungen. Ziel einer systemverträglichen Konzeption sollte es sein, die subjektive Sicht der beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Anfang an zu berücksichtigen.
4. Die Handlungsorientierung steht im Mittelpunkt jeder ergotherapeutischen Arbeit und sollte auch bei der Einführung eines QM-Systems Leitlinie sein. Abweichungen zwischen

ermittelten Ist- und Sollzuständen sind hervorzuheben und Handlungsalternativen zu formulieren.

5. Die Teams bzw. einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Praxis entwickeln sich selbsttätig durch Kommunikation; Aufgabe der Leitung ist lediglich, Grenzabstimmungen zwischen ihnen zu leisten und nicht, ihnen zentralisierend eine Norm aufzuzwingen.
6. Jede ergotherapeutische Praxis ist durch Subjektivität, Lebensweltlichkeit, Unbestimmtheit und Widersprüchlichkeit bestimmt; Ein Wandel geschieht durch das Verankern von Symbolen, Leitbildern und Deutungsmustern.
7. Das Spiel bildet ein Zentrum pädiatrischer Arbeit. Die Aufnahme und Speicherung von Informationen sollte im Team spielerisch gefördert werden. Kein „*Ernst der Lage*“ motiviert. Besser ist es, im Team Konsens zu schaffen und „*sich-selbst-erfüllende-Prophezeiungen*“ in Umlauf zu bringen, wenn sie der eigenen Entwicklung dienlich sind.
8. Wirklichkeiten können zwar aktiv geschaffen werden, sind aber nach Funktion, Ort und beteiligten Personen unterschiedlich verteilt; sie unterstehen zwingend den Geboten von Toleranz, Verantwortung und Begründungspflicht.
9. Ergotherapeutische Tätigkeiten sollten der Verwirklichung von gesellschaftlich akzeptierten Werten und Normen dienen und nicht bloß ökonomisch sinnvoll sein;
10. „*Gute Qualität*“ einer ergotherapeutischen Praxis kann man daran erkennen, dass möglichst viele Potentiale der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter genutzt werden und im Team sinnvoll integriert werden können;
11. Schließlich gilt für den Berater: entwickle eine ergotherapeutische Praxis, indem Du Unvergleichlichkeit verschiedener Denkweisen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bejahst, von Denkweise zu Denkweise übersetzt, „Gegner“ als Partner nutzt und auf die Rationalität der wirtschaftlichen Evolution setzt.

### 3.3.2 Beispiel für „klassische“ Strategien der Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems

*„Die Orientierung der Qualitätsnormen bezieht sich oft, wenn wir dies richtig beobachten, auf das Äußere und Äußerlichkeiten. Die richtige ‚performance‘ ist gefragt; was dahinter und drinnen steckt und welchen Wert oder zumindest welche Wirkung tatsächlich impliziert ist, wird nicht mehr so genau überprüft. Die Nebenwirkungen stellen sich erst später ein“ (Weigand, 1999, S.249).*

Bei der Aktualität der Thematik erscheint es auf den ersten Blick sonderbar, von „klassischen“ Strategien bei der Einführung von QM-Systemen zu sprechen. Dies geschieht hier in erster Linie, um die Andersartigkeit des beschriebenen Vorgehens herauszustellen.

Wie wird „klassisch“ ein QM-System im Kleinunternehmen eingeführt? Bislang fehlen Berichte von ambulanten Dienstleistern im Gesundheitswesen, die umfassend dokumentiert und veröffentlicht sind. Ausgangspunkt soll deshalb die Ablaufplanung in einem Ratgeber des internationalen Komitees ISO/TC 176 (Deutsches Institut für Normung, 1997) zu Qualitätsmanagement-Normen sein. Dieser Ratgeber will kleinen Unternehmen Anleitung geben, wie man ein QM-System nach ISO 9000 einrichtet. Dort werden die Wichtigkeit und die weitreichenden Auswirkungen der „frühen Phasen“ explizit genannt. Der Ratgeber beginnt damit, zu erläutern, was man unter einem QM-System versteht und warum man ein QM-System haben sollte.

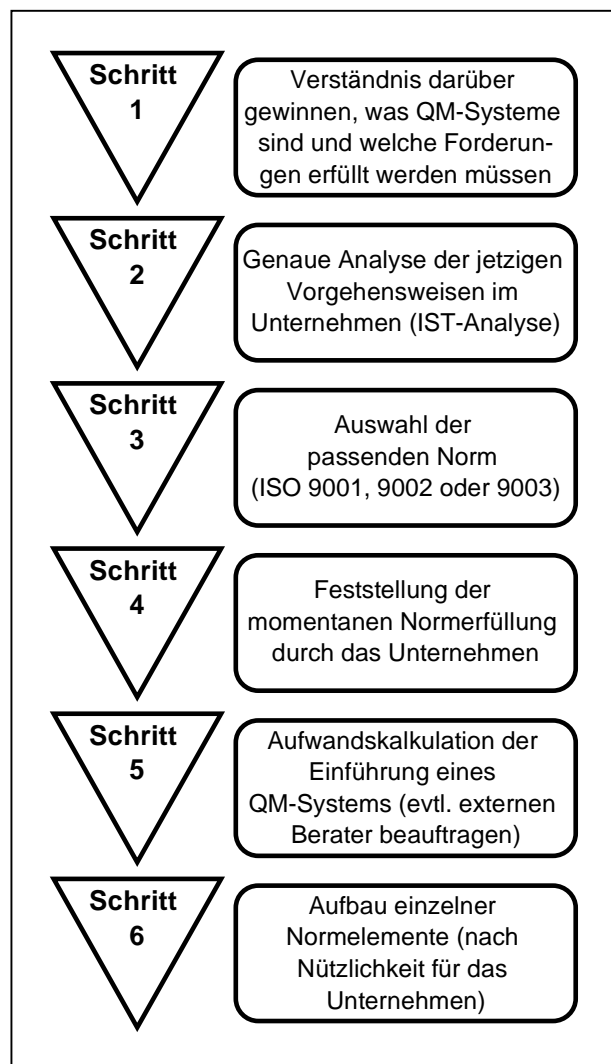


Abb. 18: „Klassischer“ Ablauf der Einführung eines QM-Systems (Deutsches Institut für Normung, 1997)

*„Alle Unternehmen, ob große oder kleine, haben für ihre Geschäftsabläufe ein System oder eine Vorgehensweise entwickelt. In kleinen Unternehmen sind solche Systeme mit hoher Wahrscheinlichkeit recht wirksam, aber sie sind in der Regel nicht dokumentiert und daher nur informell. QM-Systeme identifizieren alle jene Merkmale, die einem Unternehmen helfen, durchgehend alle Wünsche und Forderungen seiner Kunden zu erfüllen. Es ist nicht Zweck von QM-Systemen völlig neue Forderungen aufzustellen“* (Deutsches Institut für Normung, 1997, S.13).

Es wird anerkannt, dass vor Einführung eines QM-Systems funktionale Systeme bestehen, die allerdings „nur“ informell vorhanden sind. Das QM-System dient demnach dazu, solche Systeme zu identifizieren und sie an den Forderungen der Kunden auszurichten. Eine klar „externale“ Qualitätsorientierung wird dabei deutlich. Der Prozess der Einführung beginnt mit der Offenlegung bislang informeller Abläufe, indem diese schriftlich fixiert werden.

*„Der erste Schritt besteht darin, mit Hilfe dieses Ratgebers Verständnis davon zu gewinnen, was QM-Systeme eigentlich sind und welche Forderungen erfüllt werden müssen“* (Deutsches Institut für Normung, 1997, S.11).

Außerdem wird von Anfang an auf die Erfüllung von (externen) Forderungen verwiesen, die bei einem QM-System zu erfüllen sind. Schritt 2 (vgl. Abbildung 18) verweist bereits auf die „passende“ Norm. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden insoweit einbezogen, dass sie ihre Tätigkeiten aufschreiben sollen (Abbildung 18, Schritt 3). „Müssen“ und „Wollen“ sind die dominanten Motivationsvariablen im Geschehen.

*„Ein wirksames QM-System ist so beschrieben, wie die Prozesse in Ihrem Unternehmen ablaufen. Insbesondere wird kleinen Unternehmen geraten, vorsichtig zu sein, wenn ein Berater ein ‚fertiges‘ QM-System zur Einführung anbietet. Es ist unwahrscheinlich, dass man damit Erfolg haben wird, außer vielleicht für eine kurze Zeit“* (Deutsches Institut für Normung, 1997, S.19).

*„Wenn die Mitarbeiter in die Entwicklung und Einführung des QM-Systems einbezogen werden, werden sie ein Gefühl der ‚Teilhabe‘ entwickeln; dadurch kann das Funktionieren des QM-Systems erleichtert werden. Schwierig wird es dagegen, Identifizierung der Mitarbeiter mit einem QM-System zu erreichen, das ein Berater isoliert entwickelt hat“* (Deutsches Institut für Normung, 1997, S.19).

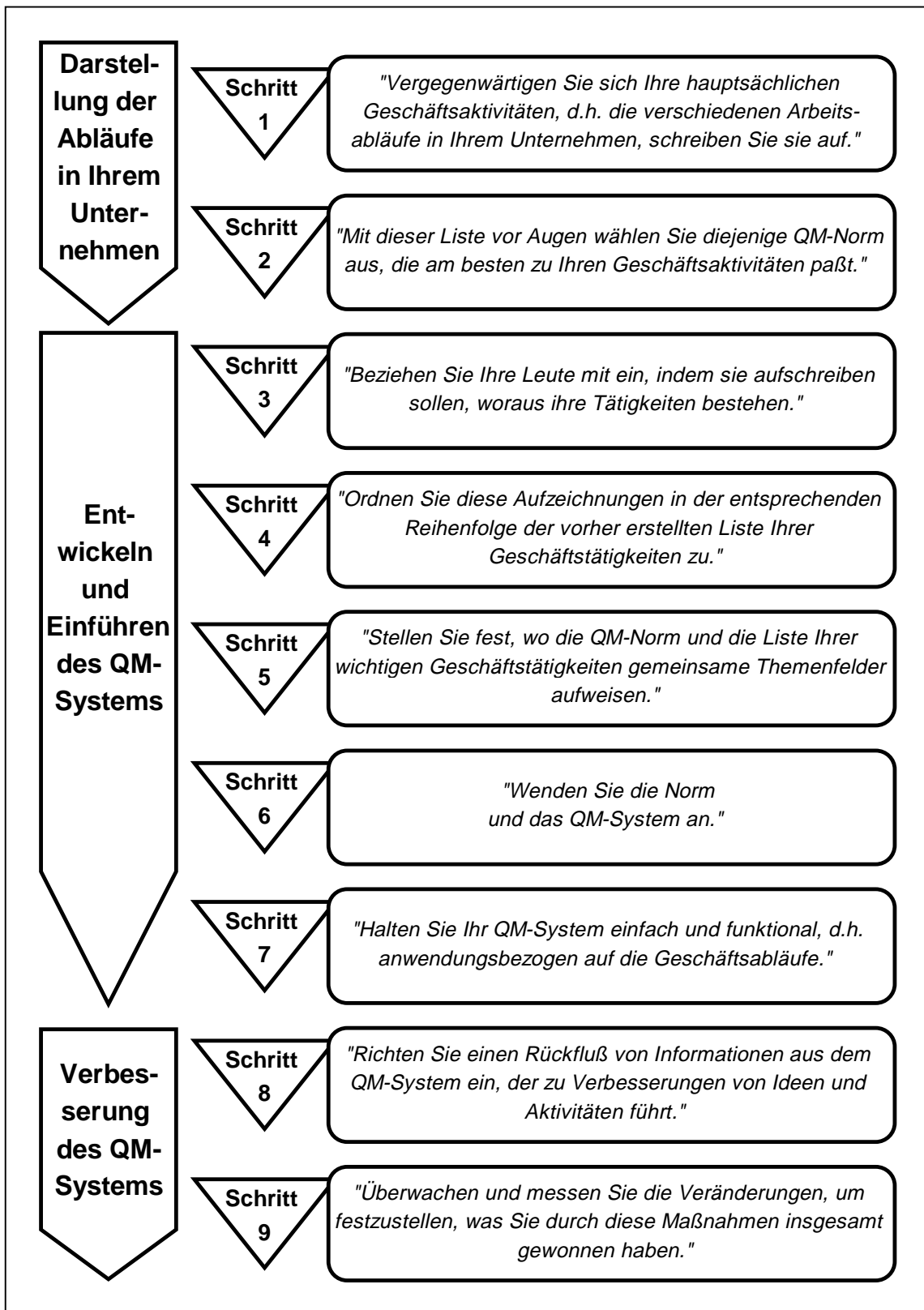


Abb. 19: Schrittweise Einführung eines QM-Systems  
(Deutsches Institut für Normung, 1997)

Als Konstrukteur des QM-Systems wird der Leiter bzw. Inhaber des Kleinbetriebes angesehen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bleiben weitgehend Datenlieferanten, ohne in die Entscheidungsprozesse mit einbezogen zu werden.

### 3.3.3 Der „personale Ansatz“ als Basis einer systemverträglichen Organisationsentwicklung

*„Fragen nach der ‚Qualität‘ sind immer Fragen, ob bestimmte Merkmale und Eigenschaften vorliegen; welche Merkmale und Eigenschaften dies sind, ist weitgehend Festlegungssache“ (Nübling & Schmidt, 1998, S.67).*

Wie kann ein QM-System in einer ergotherapeutischen Praxis systemverträglich eingeführt werden? Diese Ausgangsfrage führte zur Konzeption des Beratungsangebots „INTAKE“ (INSTRUMENTE ZUR NEUGESTALTUNG VON TEAMPROZESSEN UND ZUM AUFBAU KOLLEGIALER ERFOLGSKONTROLLE), das primär psychologische Hilfestellung bei der Einführung eines QM-Systems bieten soll.

Der „personale“ Ansatz der OE, der auch Ausgangspunkt von INTAKE ist, hält Variablen wie Einstellungen, Verhaltensdispositionen und Bedürfnisse für die unabhängigen Variablen, die entsprechend bestimmte Merkmale der Organisation bedingen können. Daraus ergibt sich die Konsequenz, im Veränderungsprozess vom Individuum in der Praxis auszugehen, um auf diesem Wege die Ausgangssituation (vgl. Kapitel 4.1) zu ermitteln.

Viele Konzeptionen, die auf dem „personalen Ansatz“ der OE gründen, wurden intensiv erforscht (vgl. Gebert, 1987) und bilden auch für die Einführung eines QM-Systems eine wesentliche Basis. So postuliert Jaster (1997) als Grundvoraussetzung für die Erzeugung einer qualitativ hochwertigen Leistung, dass alle Mitarbeiter ein bestimmtes Qualitätsbewusstsein besitzen müssen. Er fordert, *„allen Mitarbeitern ein Qualitätsbewusstsein für die von ihnen zu erbringende Leistung zu vermitteln, d.h. sie zu einem Qualitätsbewusstsein zu führen“* (S.26). Den konkreten Ablauf zu dieser Bewusstmachung als Führungsaufgabe beschreibt er folgendermaßen:

*„Sämtliche Mitarbeiter eines Betriebes müssen in einem ersten Schritt auf das Erkennen von Problemen trainiert werden. In einem zweiten Schritt ist eine Schulung für die Mitarbeiter notwendig, die diese dazu befähigen soll, erkannte Probleme auch zu lösen“ (Jaster, 1997, S.26).*

Die Forderungen von Jaster (1997) verweisen auf klassische Strategien des personalen Ansatzes auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements. In der Konzeption INTAKE wird anders vorgegangen, da hier die Überzeugung greift (vgl. Forderungen im Kapitel 3.3.1), dass am Anfang der Implementierung eines QM-Systems unterschiedliche Systeminteressen über „authentische Kommunikation“ ausgeglichen werden müssen, um überhaupt die Voraussetzung für individuelle und kollegiale Problemlösekompetenzen im Kleinunternehmen zu entwickeln.



### 3.4 INTAKE – ein Konzept für die ergotherapeutische Praxis

„INSTRUMENTE ZUR NEUGESTALTUNG VON TEAMPROZESSEN UND ZUM AUFBAU KOLLEGIALER ERFOLGSKONTROLLE“ (abgekürzt „INTAKE“) wurden innerhalb des hier vorgestellten Konzeptes erarbeitet. Die Konzeption von INTAKE umfasst selbst gesteuerte Maßnahmen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ergotherapeutischen Praxis, angeregt durch professionelle Beratungsdienstleistungen zur Implementierung eines Qualitätsmanagement-Systems. INTAKE berücksichtigt die spezifische Kultur des Arbeitsfeldes und die damit verbundenen lebensweltlich orientierten Handlungszusammenhänge (vgl. Hüffer, 1997). Eine wesentliche Voraussetzung für die systemverträgliche Organisationsentwicklung besteht in der Auseinandersetzung des Beraters mit solchen Handlungszusammenhängen. Aus diesem Grund werden Teile des expliziten Behandlungsmodells mit einem Qualitätsmodell der Beratung verknüpft, was schließlich die konkrete Vorgehensweise bedingt.

#### 3.4.1 Ansatzpunkte eines Qualitätsmanagements im Arbeitsalltag ergotherapeutischer Praxen

Ergotherapeutinnen arbeiten meist selbstständig und führen ihre Tätigkeiten ohne Kontrolle bzw. Aufsicht durch. Der Ablauf einer ergotherapeutischen Behandlung hängt daher wesentlich von den Planungen und Entscheidungen der einzelnen Mitarbeiterin ab. Neben der Neugestaltung der Teamprozesse ist der Aufbau einer kollegialen Erfolgskontrolle ein Ziel von INTAKE. Für Prozess und Erfolg der Behandlung ist dabei maßgeblich, welche Behandlungsmethode die Therapeutin wählt, wie sie die Behandlung durchführt und wie sie ihr Vorgehen an die Besonderheiten des einzelnen Patienten und seines Umfeldes (Angehörige, Institutionen, ...) anpasst. Aus der Analyse des diagnostisch-therapeutischen Prozesses ergeben sich wesentliche Ansatzpunkte für eine Qualitätssicherung in der Ergotherapie. Von Schulte (2000) als „*Probleme der Qualitätssicherung*“ für den Bereich der ambulanten Psychotherapie herausgearbeitet (vgl. Abbildung 20), sollen sie hier auf die Ergotherapie übertragen werden.

*„Theoriebildung dient der Fundierung und Wirksamkeit der ergotherapeutischen Angebote. Sie unterstützt die Qualitätssicherung der ergotherapeutischen Versorgung sowie die Professionalisierung der ergotherapeutischen Berufs- und Ausbildungspraxis. Sie ist unabdingbar für die Konkurrenzfähigkeit ergotherapeutischer Arbeit mit anderen Berufsgruppen und internationalen Standards“ (Deutscher Verband der Ergotherapeuten, 1997; zitiert aus Beyermann, 1999, S.2).*

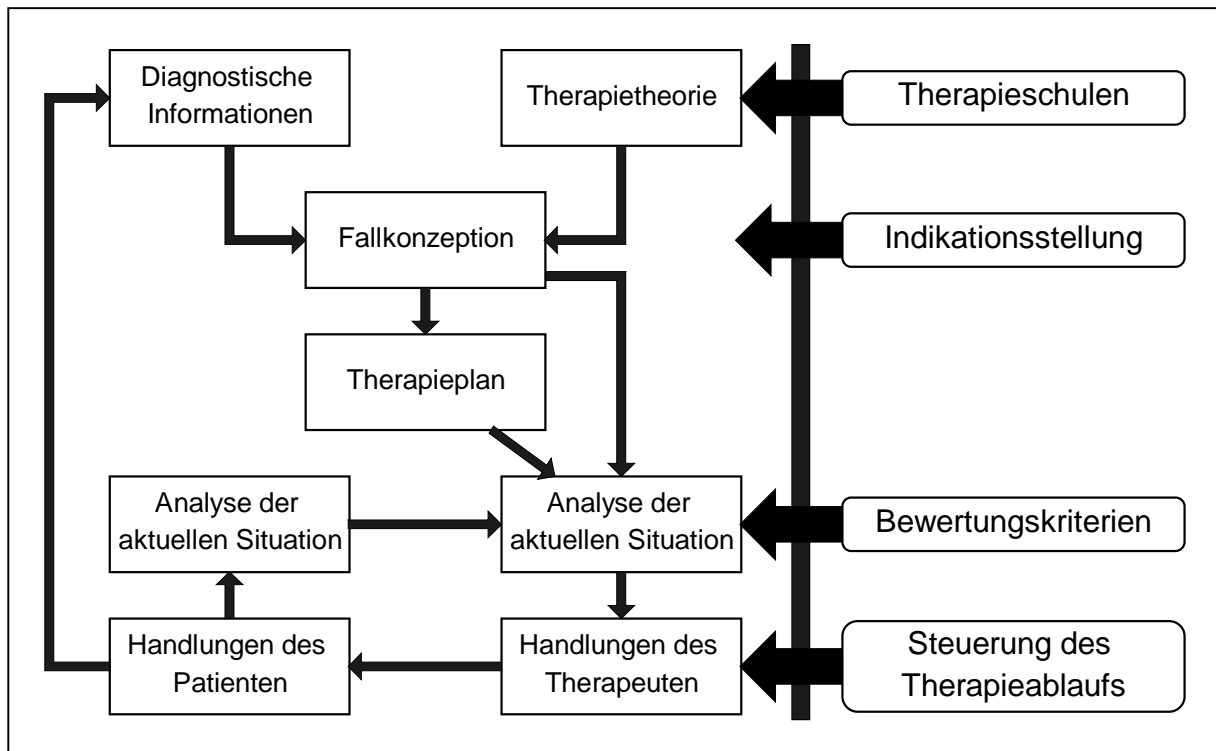


Abb. 20: Ansatzpunkte der Qualitätssicherung im diagnostisch-therapeutischen Prozess (nach Schulte, 2000)

Ansatzpunkt Therapieschulen: Die Anfangsphase einer ergotherapeutischen Behandlung ist dadurch gekennzeichnet, dass die Therapeutin versucht, sich ein Bild von den Problemen (Schwächen und Störungen) des Patienten zu machen. Dabei werden Befunde gesammelt und erste Hypothesen über die Problemursachen aufgestellt. Spezifische Störungstheorien dienen dabei als Hintergrund für die Erstellung eines „*Kausalmodells*“ der individuellen Probleme des einzelnen Patienten.

Es gibt eine Reihe praxiserprobter Modelle, die sich mit dem Gegenstandsbereich der Ergotherapie auseinandersetzen und versuchen, das praktische Handeln innerhalb der Therapie theoretisch zu begründen (vgl. Fisher, Murray & Bundy, 1998; Hagedorn, 2000; Jerosch-Herold, Marotzki, Hack & Weber, 1999). Sie versuchen offen zu legen, nach welchen Grundannahmen eine Behandlung durchgeführt wird, letztlich stellen sie die „*geronnene Form individueller Erfahrung*“ im therapeutischen Prozess dar. In der Wechselbeziehung aus impliziten, subjektiven Theorien der einzelnen Mitarbeiterin der Praxis und explizitem Behandlungsmodell entwickeln sich so stabile Verhaltensstrukturen, die nach Klaus (1991) sinnvoll als Widerspiegelung eines bestimmten Qualitätsniveaus zu interpretieren wären. Systemisches Denken mit dem „*Hauptwirkfaktor Handeln*“ (Beyermann, 1999, S.4) bildet einen zentralen Hintergrund für ergotherapeutische Tätigkeiten und damit auch für die Kriterien der Qualität solcher Tätigkeiten, die im Mittelpunkt des hier betrachteten Einführungsprozesses stehen.

Viele in die Konzeptentwicklung INTAKE einbezogene Ergotherapeutinnen arbeiten nach „*Sensorischer Integrationstherapie*“ (vgl. Deutscher Verband der Ergotherapeuten, 1998). Die Theorie der sensorischen Integration bildet die Basis dieser Therapieform. Ein aktuelles Spiralmodell (nach Fisher & Murray, 1998) zentriert auf die Selbstaktualisierung von Individuen.

Die Sensorische Integrationstherapie geht nach Fisher und Murray (1998) von folgendem, übergeordneten Postulat aus, „*dass normale Menschen, die von der Umwelt und ihren Körperbewegungen ausgehenden sensorischen Informationen aufnehmen, verarbeiten, diese sensorischen Reize im Zentralnervensystem integrieren und anschließend zur Planung und Organisation von Verhalten nutzen*“ (S.23).

Diesem Postulat liegt u.a. die zentrale Annahme zugrunde, dass Menschen adaptives Verhalten zeigen, d.h. aufgrund eines Kreis- bzw. Spiralprozesses der Selbstaktualisierung in der Lage sind, sich der jeweils „*genau richtigen*“ Herausforderung zu stellen, um Neues zu lernen (Ayres, 1972).

In der Annahme des inneren Antriebs („*Inner Drive*“) spiegelt sich eine Kernaussage dieses Behandlungsmodells wider. Der innere Antrieb meint, dass der Mensch immer einen Drang nach Betätigung verspürt und somit durch die Teilnahme an sensomotorischen Aktivitäten sensorische Integration zu entwickeln versucht. Hier zeigt sich eine Parallele zu Grundannahmen der Selbstregulation (vgl. Kapitel 2.7.2). In Fisher et al. (1998, S.28) heißt es, Ayres „*sah einen Bezug zwischen innerem Antrieb, Motivation und der Fähigkeit, sich selbst zu steuern (sich selbst zu führen) und sich selbst zu aktualisieren (sein Ziel zu erreichen).*“

Das lineare Kreismodell von Ayres (1972) wurde von Fisher et al. (1998) in ein Spiralmodell der Selbstaktualisierung weiterentwickelt. In diesem Modell wird bewusst der Begriff des „*Intake*“ (Aufnahme) dem häufiger gebrauchten Begriff des „*Input*“ (Einwirkung) vorgezogen, da es sich nach Meinung der Autoren bei der Aufnahme sensorischer Informationen um einen aktiven Vorgang handelt. Im Umkehrschluß meint dies: das Vorhandensein sensorischer Informationen bedeutet noch lange nicht, dass das Individuum diese Informationen

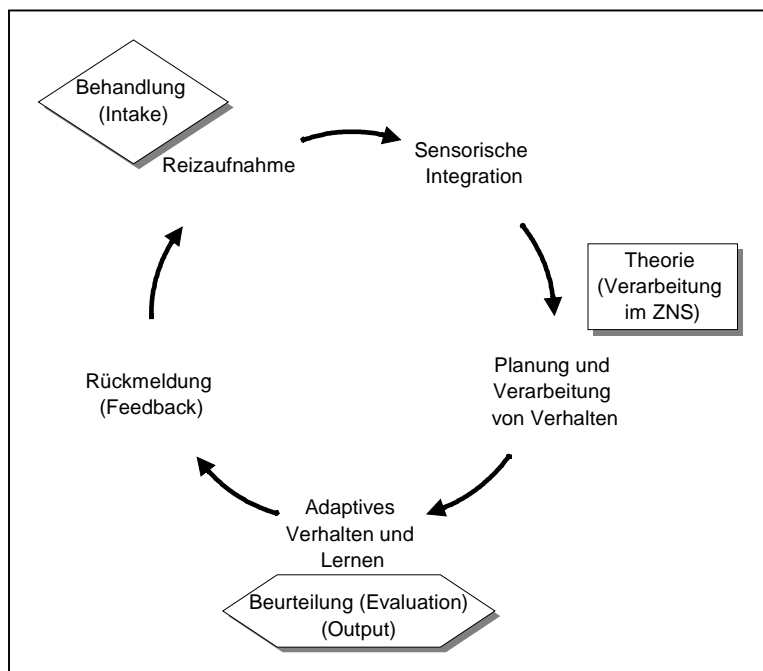


Abb.21 : Der Kreisprozess der sensorischen Integration (Fisher & Murray, 1998, S. 31)

auch aufnimmt. Zentral am Spiralmodell der Selbstaktualisierung sind Feedbackprozesse, die als sog. Feedback-Windungen ermöglichen, dass sich der Mensch als offenes System selbst reguliert und selbst organisiert.

Davon abgeleitet, bestehen die meisten Behandlungstechniken der Sensorischen Integrationstherapie darin, den Patienten im Rahmen einer bedeutsamen und selbstgesteuerten Aktivität einer gezielten und kontrollierten sensorischen Stimulation auszusetzen, damit er adaptives Verhalten zeigen kann. In der Übertragung auf die Konzeption „INTAKE“ wird der empirisch gestützten Hypothese entsprochen, dass die subjektiven Denk- und Behandlungsmodelle der Dienstleister und der Bedienten, die aufgrund des professionellen Erfahrungswissens bzw. des Alltagswissens (vgl. Abbildung 22) gebildet werden, weitreichende Folgen für die Dienstleistungsinteraktion haben (Flick, 1991). Die Grundannahmen und Erkenntnisse aus dem Spiralprozess der Selbstaktualisierung und dem angewandten Behandlungsmodell der einzelnen Ergotherapeutin haben somit Auswirkungen auf den Behandlungserfolg. Da es sich um wiederkehrende Verhaltensweisen der Interaktion handelt, bestimmen sie maßgeblich die „Unternehmenskultur der ergotherapeutischen Praxis“ (vgl. Gairing, 1999, S.85) und die Einstellungen der dort arbeitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Auf diesem Hintergrund erscheinen die gewählten Methoden der Befragung und des Feedbacks, gekoppelt mit der Selbstreflexion als Operationalisierung zur Erfassung einer „internalen“ Qualitätsorientierung, angemessen als Teil einer systemverträglichen Organisationsentwicklung.

Für den Ausgangspunkt der Qualitätssicherung bedeutet dies, dass in der Regel keine objektiven diagnostischen Verfahren eingesetzt werden, um das Vorliegen von Ursachen im Einzelfall zu überprüfen, sondern die subjektive „Therapietheorie“, stark abhängig von ihrer therapieschulenspezifischen Ausbildung, der Therapeutin ausreichen muss, um die eigene Handlungsfähigkeit im therapeutischen Prozess aufrechtzuerhalten.

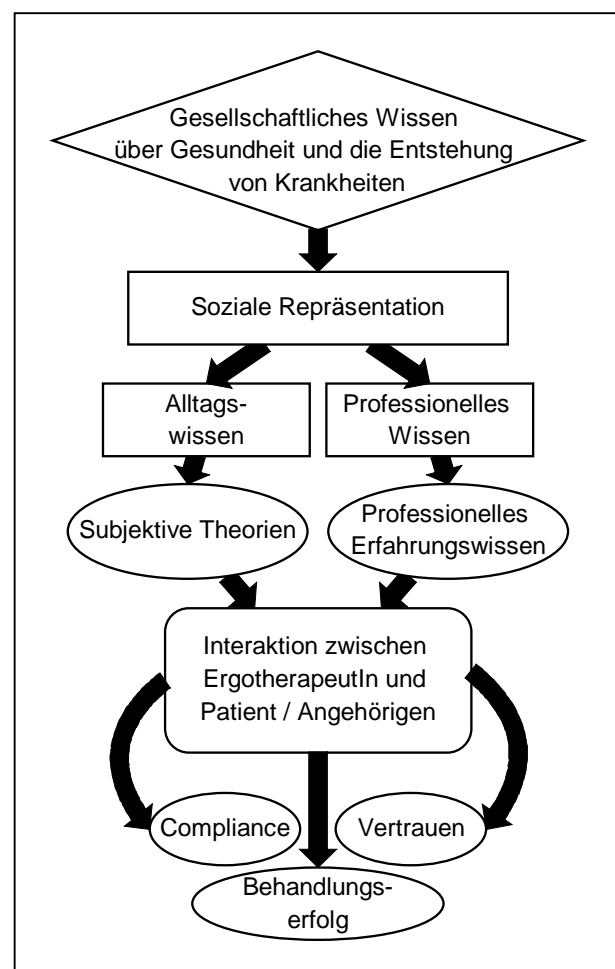


Abb. 22: Hypothetisches Modell über die subjektiven Denk- und Behandlungsmodelle von Dienstleistern und Bedienten (in Anlehnung an Flick, 1991)

Da empirische Wirksamkeitsstudien für ergotherapeutische Interventionen in der Bundesrepublik Deutschland weitgehend fehlen, kann zum jetzigen Zeitpunkt summativ keine Aussage über die Qualität verschiedener Therapierichtungen innerhalb der Ergotherapie gemacht werden.

Ansatzpunkt Indikationsstellung: Die Entscheidung über die Verordnung ergotherapeutischer Maßnahmen trifft ausschließlich der behandelnde Arzt des Patienten. Er entscheidet demnach über die Indikationsstellung und stellt die Diagnose. Nach den Verordnungsgrundsätzen der Heilmittel-Richtlinien (§92 SGB V) soll die erstmalige Verordnung durch den Arzt nicht mehr als 10 Therapieeinheiten umfassen. Vor der Verordnung weiterer Therapieeinheiten hat sich der behandelnde Arzt von der Wirksamkeit der ergotherapeutischen Maßnahmen zu überzeugen. Die Art und Weise dieser „Qualitätsüberprüfung“ wird nicht benannt.

Ansatzpunkt Bewertungskriterien: Untersuchungen von Meyer & Schulte im Bereich ambulanter Psychotherapie (aus Schulte, 2000, S. 29f.) geben Hinweise darauf, dass subjektive Erfolgsurteile der Therapeuten und ihre Erfolgsprognose zu den einzelnen Sitzungen kaum (nicht signifikant) mit den Messungen des Therapieerfolgs zum Therapieende korrelieren. Die Therapeuten sind also praktisch nicht in der Lage, den späteren Therapieerfolg vorherzusagen. Parallelen zur Ergotherapie erscheinen offensichtlich. Was bleibt, ist die Frage, welche Entscheidungskriterien die Therapeutin zur Beurteilung des Therapieverlaufs bzw. Therapieerfolgs nutzen sollte? Zur Beurteilung der Ergebnisqualität postuliert Schulte (2000):

*„1. Es ist notwendig, die Therapieergebnisse durch den Einsatz objektiver Verfahren zu erfassen. 2. Geeignete Maße, die vom Gesetzgeber vorgegebenen Ziele der Wirksamkeit im Sinne von Heilung und Linderung von Krankheiten und der Wirtschaftlichkeit zu erfassen, sind Post-Werte von Symptomfragebögen oder die Zielerreichungsskalierung. Dies gilt allerdings für die Zielerreichungsskalierung nur dann, wenn Ziele im Sinne von Heilung oder Linderung von Krankheiten vereinbart werden“ (S.34).*

Ansatzpunkt Steuerung des Therapieverlaufs: Nachdem die Befundung abgeschlossen ist, sollte die Therapeutin einen Therapieplan mit expliziten Zielen der Behandlung aufstellen. Die konkrete Durchführung der Therapie wird jedoch ziemlich flexibel gestaltet. Je nach Reaktion des Patienten wird das Vorgehen modifiziert, um so die „genau richtige Herausforderung“ zu finden. Darunter verstehen Koomar & Bundy (1998, S.416) „Aktivitäten, die die Patienten anspornen, ein klein wenig mehr zu leisten, als sie eigentlich könnten, die aber nicht so schwierig sind, dass sie Frustrationen oder nur schwache Reaktionen hervorrufen“ (S.416).

Durch diese kontinuierlichen Feedback-Anpassungsprozesse, die höchstwahrscheinlich auch die Basis der Kernstärke „*Handlungsspielraum während der Therapiedurchführung*“ bilden, erscheint es außerordentlich schwierig, den Therapieprozess transparent zu machen.

Angeregt durch Ergebnisse psychotherapeutischer Forschung (vgl. Vogel, 1994), die belegen, dass die Häufigkeit von Verlaufsanpassungen negativ mit dem Therapieergebnis korrelieren, wird in der Konzeption „INTAKE“ angeregt, dass sich Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten intensiver mit der zielorientiert, strategischen Planung ihrer Therapien auseinandersetzen sollten und weniger die taktische Anpassung als Interventionsebene nutzen sollten.

Zum jetzigen Zeitpunkt erscheint es daher vordringlich, die konkreten Vorgehensweisen aufgrund der Behandlungsziele ergotherapeutischer Maßnahmen in den Praxen einheitlich zu dokumentieren, u.a. mit dem Ziel, Therapiemanuale als Standard der Qualitätssicherung zu entwickeln. Schließlich ist die strategische Therapieplanung eine wesentliche Voraussetzung für das Funktionieren der Zielerreichungsskalierung, die Fähigkeiten und Fertigkeiten bei den Therapeutinnen zu einer validen Prognose von Veränderungen durch die Therapie voraussetzt (vgl. Kapitel 4.6.3).

### 3.4.2 Qualitätsmanagement als Strategie im Konzept „INTAKE“

*„Standards sind insofern hilfreich, als man sie – aus welchen Gründen auch immer – handelnd zu erfüllen vermag und Vielfalt nicht unzulässig reduziert. Handlungsqualität ist vor allem anderen das Produkt von Selbstverantwortung (Selbmann, 1997). Diejenigen, die zu Selbstverantwortung nicht in der Lage sind, wird auch keine externe Kontrolle daran hindern, ihr ‚Werk‘ fortzusetzen: Selbstverantwortung kann man nicht delegieren und nicht erzwingen, auch nicht via Norm“ (Geißler, 1998, S.743).*

Unternehmen können durch unterschiedlichste Konzepte zu Veränderungsprozessen angeregt werden (vgl. Meffert & Bruhn, 1996). Der Ausgangspunkt beim Konzept INTAKE ist die Fokussierung auf die individuelle Qualitätsorientierung im Prozess der Implementierung eines QM-Systems (vgl. Kapitel 3.3.3).

Von Eimeren (1977, zitiert nach Conen, 1990) stammt eine weit gefasste Definition von Qualität, die sowohl für die Versorgungsqualität als auch für einzelne Qualitätssicherungsprogramme und –managementsysteme anwendbar ist. Qualität wird dort als Zielerreichungsgrad ausgedrückt und stellt „das Erreichte im Verhältnis zum Machbaren bezogen auf die Menge des Erwünschten“ (Conen, 1990, S.35) dar.

Dies wird im Konzept INTAKE u.a. mit kollegialer Erfolgskontrolle durch selbstgesteuerte Handlungsplanung im Sinne eines erweiterten Goal Attainment Scaling umgesetzt.

Während das Erreichte die Ist-Qualität darstellt, stellt das Erwünschte als Teilmenge des Machbaren die Soll-Qualität dar. Es wird deutlich, dass Qualität nur im Hinblick auf ein anerkanntes Soll bewertet werden kann. Qualitätsprobleme werden transparent, wenn die Ist-Qualität mit der Soll-Qualität verglichen wird. Aktivitäten zur Qualitätsverbesserung versuchen somit, das „Ist“ dem „Soll“ anzunähern.

Die konzeptionelle Einordnung von INTAKE orientiert sich an Selbmann (1994). Er unterscheidet den Bereich der Qualitätssicherung von dem der Qualitätsverbesserung und fasst sie unter dem Oberbegriff des Qualitätsmanagements zusammen. Es wird der Ausrichtung

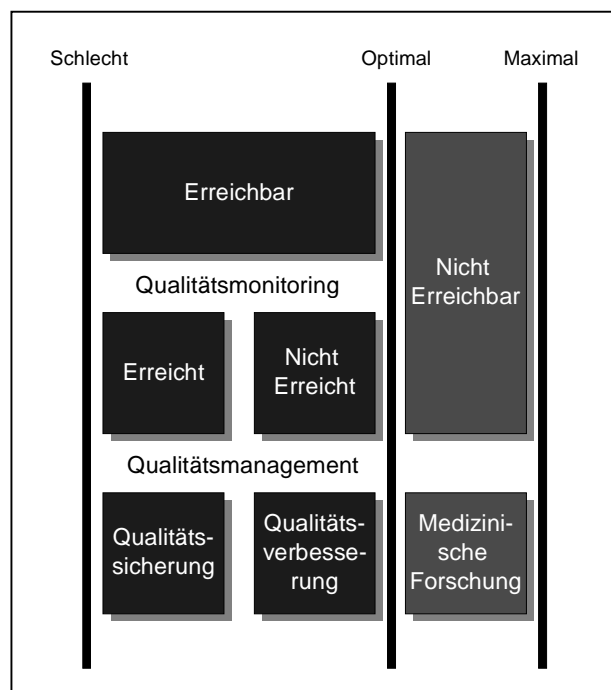


Abb. 23: Einordnung zur Veranschaulichung wesentlicher Begriffe im Feld der Qualitätssicherung (nach Selbmann, 1994)

entsprochen, dass Maßnahmen der Qualitätssicherung eine Fixierung des bereits erreichten Qualitätsniveaus bedeuten und Qualitätsmanagement zusätzlich Aktivitäten zur Qualitätsverbesserung umfasst. Dabei wird deutlich, welchen Stellenwert Soll-Definitionen oder Standards haben, die „anerkanntes“ Wissen wiedergeben und Grundlage für regelmäßige Soll-Ist-Vergleiche darstellen. Um ein solches Qualitätsmonitoring zu realisieren, kann nach dem systemverträglichen Start als dauerhafte Rahmenbedingung z.B. ein „Selbstbewertungssystem“ in die ergotherapeutische Praxis implementiert werden (siehe Kapitel 4.8.3).

Warum wird nun gerade das Qualitätsmanagement als Strategie beim Konzept INTAKE genutzt? Zur Zeit spielt die Qualitätsorientierung im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle (vgl. Kapitel 3.2). Sie erscheint als zwingender Anlaß, die Organisationsform „ergotherapeutische Praxis“ zu verändern, um internal, intern, external und extern transparente Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Dienstleistung zu schaffen. Das Vorgehen innerhalb eines Qualitätsmanagements bei Dienstleistungen hat eine gewisse Ähnlichkeit zum methodischen Vorgehen der Organisationsentwicklung (vgl. Berkel, 1998).

Beide Konzepte können nicht trennscharf voneinander differenziert werden. Dies zeigt sich u.a. an den Phasen des Prozessverlaufes. In diesem Zusammenhang wird häufig vom „Regelkreis des Qualitätsmanagements“ (Lehmann, 1995; Bruhn, 1997, S.143) gesprochen. Idealtypisch lassen sich die vier Phasen Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätsprüfung und QM-Darlegung unterscheiden, die eine gewisse Ähnlichkeit zum Ablauf der OE haben (vgl. Berkel, 1998, S.85; Abbildung

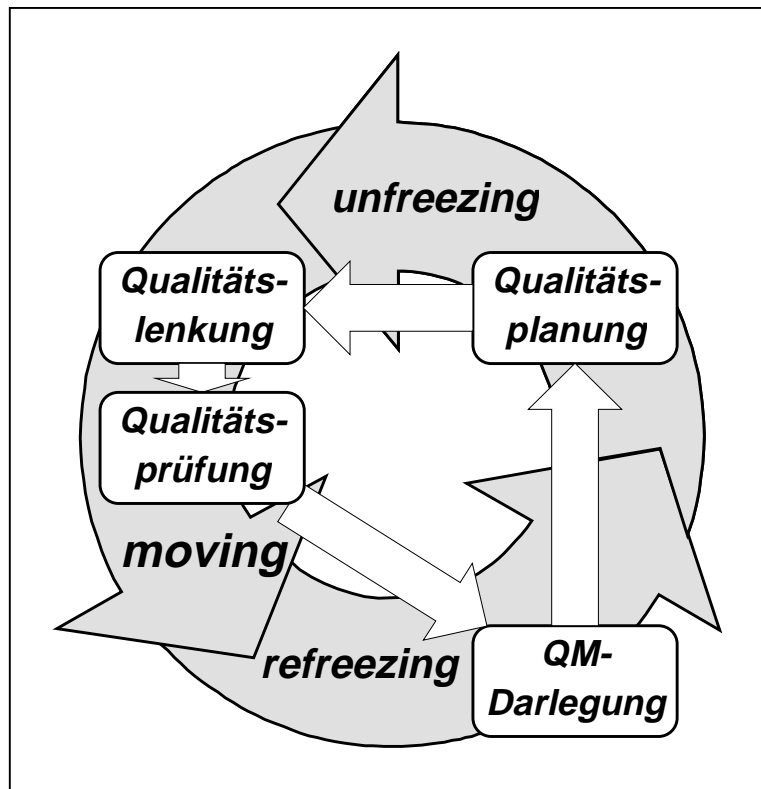


Abb. 24: Verknüpfung vom Regelkreis des Qualitätsmanagements mit dem Phasenmodell der Veränderung von Lewin (in Anlehnung an Berkel, 1998)

24), wenn dem Lernmodell von Lewin (vgl. Becker & Langosch, 1995) entsprochen wird.

Das Konzept INTAKE fokussiert dabei in erster Linie auf den Ausgangspunkt: die Qualitätsplanung, wobei auch andere Phasen einbezogen sind.



Die Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. (1995) definiert diese erste Phase wie folgt:

*„Als Qualitätsplanung bezeichnet man alle Maßnahmen des Auswählens, Klassifizierens und Gewichtens der Qualitätsmerkmale sowie eines schrittweisen Konkretisierens aller Einzelanforderungen an die Beschaffenheit einer Dienstleistung zu Realisierungsspezifikationen, und zwar im Hinblick auf die durch den Zweck der Einheit gegebenen Erfordernisse, auf die Anspruchsklasse und unter Berücksichtigung der Realisierungsmöglichkeiten“ (S.95).*

Es geht demnach darum, die Ausgangssituation des Unternehmens zu ermitteln („Diagnose IST“ im Konzept INTAKE), konkrete Qualitätsziele aufzustellen („Diagnose SOLL“), die Instrumente zu deren Umsetzung zu entwickeln („Intervention“) und schließlich Rahmenbedingungen für eine dauerhafte Umsetzung zu schaffen („Prävention“, vgl. Kapitel 4).

Nachdem diese Phase angegangen wurde, kann zur Qualitätslenkung übergegangen werden. Die Qualitätslenkung *„beinhaltet sämtliche vorbeugende, überwachende und korrigierende Tätigkeiten bei der Realisierung einer Einheit mit dem Ziel, unter Einsatz von Qualitätstechnik die Qualitätsforderung zu erfüllen“* (Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V., 1995, S.97). Die Qualitätslenkung umfasst nach Bruhn (1997) Maßnahmen zur gezielten Personalauswahl und –entwicklung, Schaffung eines qualitätsorientierten Anreizsystems und einer qualitätsorientierten Aufbau- und Ablauforganisation. Im Bereich der „Intervention“ und „Prävention“ beim Konzept INTAKE werden solche Maßnahmen zum Teil mit einbezogen.

Die strategische Implementierung sieht weiterhin Qualitätsprüfungen vor. Die Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. (1995) versteht unter Qualitätsprüfung, die Art und Weise *„inwieweit eine Einheit die Qualitätsforderungen erfüllt“* (S. 108). Beim Einsatz eines Selbstbewertungssystems kann dies zumindest intern durchgeführt werden. Zusätzlich könnten dann externe Qualitätsüberprüfungen stattfinden, falls das QM-System dauerhaft nach außen geöffnet werden soll.

Schließlich geht es bei der Qualitätsmanagementdarlegung um die *„geplanten und systematischen Tätigkeiten, die innerhalb des Qualitätsmanagements verwirklicht sind, und die wie erforderlich dargelegt werden, um ausreichendes Vertrauen zu schaffen, dass eine Einheit die Qualitätsanforderungen erfüllen wird“* (Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V., 1995, S. 145). In diesem Zusammenhang können QM-Handbücher erstellt und schließlich Qualitätsaudits und Zertifizierungen durchgeführt werden.

Zur Komplexitätsreduktion wurde der QM-Regelkreis idealtypisch dargestellt. In der realen Umsetzung sind die einzelnen Phasen meist stark miteinander verknüpft. Außerdem finden parallele Phasenverläufe statt und Rückkopplungen innerhalb einzelner Phasen. Auch die hier vorgestellte Vorgehensweise von INTAKE ist idealtypisch zu verstehen, da viele Prozesse in der Praxis parallel stattfinden und sich gegenseitig bedingen.

### 3.4.3 Rahmenbedingungen innerhalb ergotherapeutischer Praxen

Die Entwicklung und Implementierung eines QM-Systems innerhalb einer ergotherapeutischen Praxis wird durch folgende Rahmenbedingungen maßgeblich beeinflusst:

- Für Entwicklung und Implementierung stehen nur geringe Ressourcen zur Verfügung (finanziell, zeitlich, ...), da alle Maßnahmen in der Regel zusätzlich und unentgeltlich durchgeführt werden müssen, d.h. von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wird Mehrarbeit gefordert.
- Es fehlt weitgehend an wissenschaftlich anerkannten Verfahren zur routinemäßigen Erhebung von Daten (Ausgangstatus, Behandlungsverlauf, Entlassungsstatus), sowie an formalen und inhaltlichen Regeln zur Bewertung einer ergotherapeutischen Behandlung (Prozess, Ergebnis).
- Über 70% der befragten Praxenmitarbeiterinnen und -mitarbeiter haben nach eigenen Angaben noch nie an Maßnahmen zur Qualitätssicherung (QS) teilgenommen (vgl. Kapitel 5.2.4).
- Der Handlungsspielraum während der Therapiedurchführung wird von den befragten Praxenmitarbeitern mit deutlichem Abstand als die wichtigste Rahmenbedingung innerhalb der Institution eingeschätzt. Außerdem sind die Befragten mit ihrem Handlungsspielraum im Mittel am zufriedensten (vgl. Kapitel 5.5.7).
- Obwohl die Nutzenerwartung an QS-Maßnahmen durchaus positiv ist, wird die Wichtigkeit einzelner Rahmenbedingungen zur konkreten Umsetzung von QS-Maßnahmen (Computernutzung, Ansprechpartner und Weiterbildung zum Thema Qualitätssicherung, Wissen über einzelfallstatistische Auswertung von Therapieverläufen) von QS-Unerfahrenen als eher gering eingeschätzt (vgl. Kapitel 5.5.7).
- Der Standardisierungsgrad der meisten intern verwendeten Dokumentationsunterlagen (u.a. Warteliste, Anamnesebogen, Therapieplan, Befundbogen, Befund- und Abschlußbericht, Abschlußfragebogen) wird im Mittel als gering eingeschätzt (vgl. Kapitel 5.5.8).
- Ein Abschlußfragebogen zur Erhebung der Zufriedenheit nach der Therapie wird im Mittel als wenig hilfreich eingeschätzt und wird selten eingesetzt (vgl. Kapitel 5.5.8).
- Kernschwächen, d.h. Merkmale innerhalb der Rahmenbedingungen, die als wichtig eingeschätzt werden, mit denen die Praxenmitarbeiter aber eher unzufrieden sind, liegen nach Angaben der Befragten bei der Durchführung von Fallbesprechungen und Supervision, sowie bei der Durchführung der Dokumentation (vgl. Kapitel 5.5.7) und beim Wissen über Tests und zum Umgang mit Testverfahren. Dies sind aber wesentliche Voraussetzungen, um die Ergebnisqualität zu sichern.
- Externe Soll-Vorgaben aufgrund einzelner Konsensus-Entscheidungen (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, 1997; Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., 1998) spielen für die interne, prozesshafte Ausrichtung eines QM-Systems innerhalb der ergotherapeutischen Praxis eine untergeordnete Rolle.
- Da Ergotherapie eine vom Arzt verordnete Dienstleistung darstellt, besteht eine als „*existentiell*“ zu bezeichnende Abhängigkeit vom regionalen Verschreibungsverhalten einzelner Ärzte, die zunehmend durch die Budgetierung von Gesundheitsleistungen Einschränkungen erfahren.

### 3.5 Zielsetzungen und Erfolgsfaktoren von INTAKE

Die einzelne ergotherapeutische Praxis soll sich dauerhaft weiterentwickeln können, mit dem Ziel, ihre Organisation stetig zu verbessern und somit an veränderte Anforderungen von innen und außen anzupassen. Entscheidend dabei ist, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auftauchende Probleme aus eigener Kraft effizient lösen können und sich die Strukturen und Prozesse in einem „*selbstreflexiven*“ Sinne weiter verbessern. Die Produktivität der einzelnen Praxis soll ebenfalls optimiert werden, aber anders als bei Zielen des klassischen Qualitätsmanagements (vgl. Berkel, 1998, S.81), u.a. Steigerung der Rentabilität, Erhöhung des Marktanteils und Kundenzufriedenheit, stehen bei einer systemverträglichen Organisationsentwicklung die humanen Aspekte der beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Mittelpunkt. Viele „klassische“ QS-Strategien schränken den Handlungsspielraum des einzelnen Mitarbeiters stark ein und werden durch das Management (hier durch die Leitung) eingeführt, ohne die Mitwirkung der Mitarbeiter an Entscheidungsprozessen. Gerade bei der Konstellation in einer ergotherapeutischen Praxis, wo de facto innerhalb der Therapien großer Handlungsspielraum vorhanden ist (vgl. Kapitel 5.5.7) und für die Therapiedurchführung unabdingbar erscheint, ist eine Einführungsstrategie dann erfolgreich, wenn sie auf die Beibehaltung des Handlungsspielraums und die Maximierung von Mitwirkung im Entscheidungsprozess setzt.

INTAKE fußt, wie dargestellt, auf den Grundkompetenzen der Berufsgruppe, ihren theoretischen Behandlungsmodellen und auf Prinzipien der Organisationsentwicklung als Strategie zur Veränderung von Unternehmungen.

Die ausformulierte Bezeichnung von INTAKE als „INSTRUMENTE ZUR NEUGESTALTUNG VON TEAMPROZESSEN UND ZUM AUFBAU KOLLEGIALER ERFOLGSKONTROLLE“ verweist direkt auf die Zielebenen des Konzeptes:

- 1.) Neugestaltung von Teamprozessen
- 2.) Aufbau kollegialer Erfolgskontrolle

#### 3.5.1 Neugestaltung von Teamprozessen

Das Konzept INTAKE richtet sich an ergotherapeutische Praxen mit mindestens fünf Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (inklusive Leitung), so dass der Gestaltung von Teamprozessen eine wesentliche Bedeutung innerhalb der Umsetzung eines Qualitätsmanagements zukommt. Die Teamgespräche bilden daher eine wichtige Säule des gesamten Vorgehens und nehmen etwa 50% des externen Beratungsumfangs in Anspruch.

Ergotherapeutische Therapie wird meist einzeln durchgeführt, d.h. jede Therapeutin ist auf sich allein gestellt und führt ihre Therapien selbstverantwortlich durch. Tradition war lange Zeit, freie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu beschäftigen, die aufgrund zeitlicher und räumlicher Flexibilität nur wenig Kontakt untereinander hatten. Aufgrund sozialrechtlicher Veränderungen werden zunehmend Festeinstellungen durchgeführt, freie Mitarbeiterverträge umgestellt. So bildet sich auf Dauer eine neue „*Praxenkultur*“ heraus. Die Inhaberinnen der Praxen müssen neben Therapiedurchführungen Leitungsfunktionen übernehmen. Die Arbeit für die Institution Praxis als Ganzes wird immer wichtiger. Mehr Gestaltungsspielraum innerhalb des Arbeitsablaufs und mehr Teamorientierung zur Abstimmung wesentlicher Rand- und Rahmenbedingungen ist erforderlich.

Teams und Teamführung spielen im Total Quality Management (TQM) eine herausragende Rolle (vgl. Bay, 1998). Die Neugestaltung von Teamprozessen soll hier nicht ausführlich erläutert werden (vgl. dazu Katzenbach & Smith, 1993, Hayes, 1997;). Die konkrete Vorgehensweise von INTAKE (vgl. Kapitel 4) verdeutlicht ihren Stellenwert.

### 3.5.2 Aufbau kollegialer Erfolgskontrolle

Neben der Neugestaltung von Teamprozessen, als wesentliche Grundlage von INTAKE, werden Instrumente benötigt, die dauerhaft kollegiale Erfolgskontrolle ermöglichen.

Unterschiedliche Qualitätssicherungsprogramme und –projekte im Gesundheitswesen basieren auf dem Durchführungsschema des Problemlösekreises (vgl. Abbildung 25). Von Seelos (1989) als „*allgemein anwendbare Verfahrensvorschrift zur Durchführung der Qualitätssicherung*“, von Selbmann (1989) als „*Algorithmus zur Durchführung von Qualitätssicherungsprogrammen*“, von Piwernetz, Selbmann & Vermeij (1991) als „*Ablauf einer problemorientierten Qualitätssicherung*“, von Ruprecht (1993) als „*Qualitätsspirale*“ und von Viethen (1994) als „*Paradigma der Qualitätssicherung*“ bezeichnet, findet sich dieses Grundschema aus Beobachtung, Problemerkennung und Problemanalyse, Problemlösung und Evaluation stets in leicht modifizierter Form wieder.

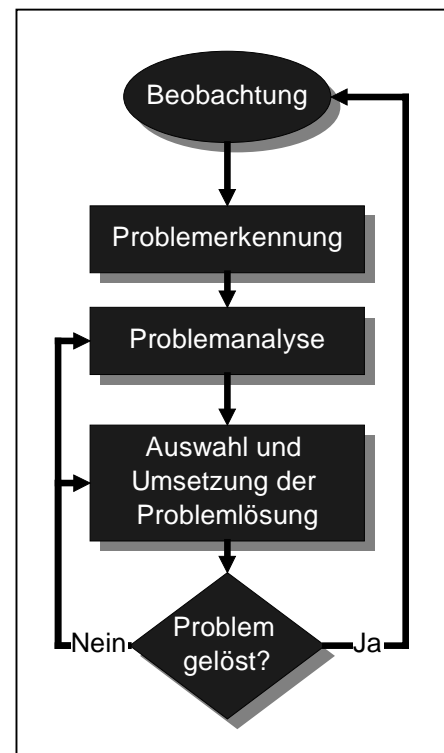


Abb. 25: Qualitätssicherung als Anwendung des Problemlösekreises (nach Selbmann, 1989)

Voraussetzung ist demnach eine systematische, wenn möglich standardisierte und vor allem kontinuierliche Beobachtung relevanter Qualitätsparameter. Die Problemerkennung beginnt mit der Definition von Problemen bzw. von „Alarm- und Signalfunktionen“ (vgl. Kordy, 1992). Ziel der Problemanalyse ist die Identifikation von möglichen Ursachenbereichen. Am Ende dieses Prozesses, der als permanente Rückkopplungsschleife zu verstehen ist, stehen Auswahl und Umsetzung konkreter Problemlösungsstrategien, sowie deren Überprüfung. In der Praxis fehlt es häufig an der Einbindung sämtlicher Maßnahmen bzw. Datenstrukturen in einen Gesamtprozess. Viele Einrichtungen verfügen zwar über umfangreiches und relevantes Datenmaterial, aber dieses wird häufig nicht in die Arbeit mit einbezogen, d.h. Rückkopplungen und Anpassungen des Behandlungskonzeptes finden nicht oder nur unzureichend statt.

INTAKE geht anhand dieses Schemas vor, wenn es in moderierten Teamgesprächen und innerhalb der gebildeten Arbeitsgruppen um kollegiale Problemlösungen geht. Im Mittelpunkt steht außerdem die selbstgesteuerte Handlungsplanung zur Erreichung gesteckter Ziele durch den einzelnen Mitarbeiter der Praxis.

Langfristiges Ziel der kollegialen Erfolgskontrolle ist es, Regeln zur Bewertung von Behandlungsergebnissen zu entwickeln, ähnlich wie dies u.a. im *„Stuttgart-Heidelberger Modell der Qualitätssicherung“* geschieht (vgl. Lutz, 1997, Kordy & Puschner, 2000). Aufgrund der Rahmenbedingungen innerhalb ergotherapeutischer Praxen (vgl. Kapitel 3.4.3), wo Standardverfahren zur Befundung und somit Qualitätssicherungsinventare weitgehend fehlen, erscheint es nach kollegialer Themenfindung (siehe Kapitel 4.4.2) systemverträglicher und für den Einstieg zweckmäßiger zu sein, kurzfristig mit der Umgestaltung des Dokumentationssystems zu beginnen und so u.a. die Befundberichterstattung zu optimieren.

Als Instrumente werden in diesem Zusammenhang Entwicklungen einsatzfähiger Dokumentationsverfahren bezeichnet, die dem Praktiker schnell und zuverlässig helfen, Befunde zu erstellen, Verläufe zu dokumentieren und somit therapeutisch gestützte Veränderungen des Patienten sichtbar zu machen. Wird der Fokus im Prozess des Qualitätsmanagements external ausgerichtet, dient eine solche differenzierte und transparente Dokumentation als Grundlage für den interdisziplinären Austausch.

### 3.5.3 Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren

Damit eine systemverträgliche Organisationsentwicklung mit dem Ziel eines QM-Systems in Gang kommt und dauerhaft umgesetzt werden kann, gibt es in Anlehnung an Becker & Langosch (1995) bestimmte Bedingungen, die den Erfolg begünstigen:

- Aufgeschlossene Leitung  
Die Leitung der Praxis muss die Probleme wahrnehmen und den Wunsch haben, Lösungen herbeizuführen. Sie muss als „Promotor“ die Veränderungen wollen.
- Autonome Praxenstruktur  
Bei der ergotherapeutischen Praxis sollte es sich um ein relativ unabhängiges System handeln, dass keinem Eingriff durch übergeordnete Instanzen ausgesetzt ist. In diesem Zusammenhang wäre es eher hinderlich, wenn die einzelne Praxis an direkte Weisungen durch Verbände und andere Interessengruppen gebunden wäre. Es sollte sich um eine freiwillige Teilnahme handeln.
- Geeigneter Berater als Prozessbegleiter  
Der Berater sollte über den Alltag in einer ergotherapeutischen Praxis Erfahrungen gesammelt haben und sich im „Feld“ auskennen. Eine systemische Zusatzqualifikation ist von Vorteil.
- Kooperativer Leitungsstil  
Die Praxenleitung sollte einen kooperativen Leitungsstil pflegen, d.h. die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an Entscheidungen beteiligen möchten und können. Der Wille zur Auseinandersetzung über Fragen der Mitarbeiterführung ist Voraussetzung.
- Kontinuität des Prozesses  
Alle Beteiligten sollten an langfristigen Veränderungen interessiert sein. Prozessorientiertes Vorgehen setzt eine relativ starke „*Kontinuität der Köpfe*“ voraus. Möglichst viele Praxenmitarbeiterinnen und –mitarbeiter sollten demnach schon über einen längeren Zeitraum in dieser ergotherapeutischen Praxis arbeiten. Ziel ist es, „*ständig am Ball zu bleiben*“ mit wenig „*Spielerwechseln*“ (Becker & Langosch, 1995, S.203).
- Lernbereitschaft der Beteiligten  
Die Mitwirkung der Betroffenen an der Bearbeitung gemeinsamer Probleme erfordert – als wesentliche Voraussetzung – Lernfähigkeit und Lernbereitschaft.
- Positive Zwischenergebnisse  
Aus begrenzten Aktionen mit nachweisbarem Erfolg erwächst die Akzeptanz des Veränderungsprozesses. Bei Zielanalyse und Maßnahmenplanung sollte darauf geachtet werden, dass innerhalb des Beratungszeitraumes viele kurzfristige Ziele erreicht werden können, die einen Nutzen des gesamten Vorgehens aufzeigen.
- Fokussierung auf die internale Qualitätsorientierung  
Die ständige Beschäftigung mit fremden Vorgaben und externer Bedrohung führt in der Regel zu Lähmung und Lageorientierung. Die Beteiligten sollten sich immer wieder ihrer eigenen Ressourcen versichern und somit handlungsfähig bleiben.

## 4 INTAKE als Vorgehensweise in ergotherapeutischen Praxen

Um der Komplexität des Feldes gerecht zu werden, wurde folgende Vorgehensweise für den Beratungsprozess entwickelt.

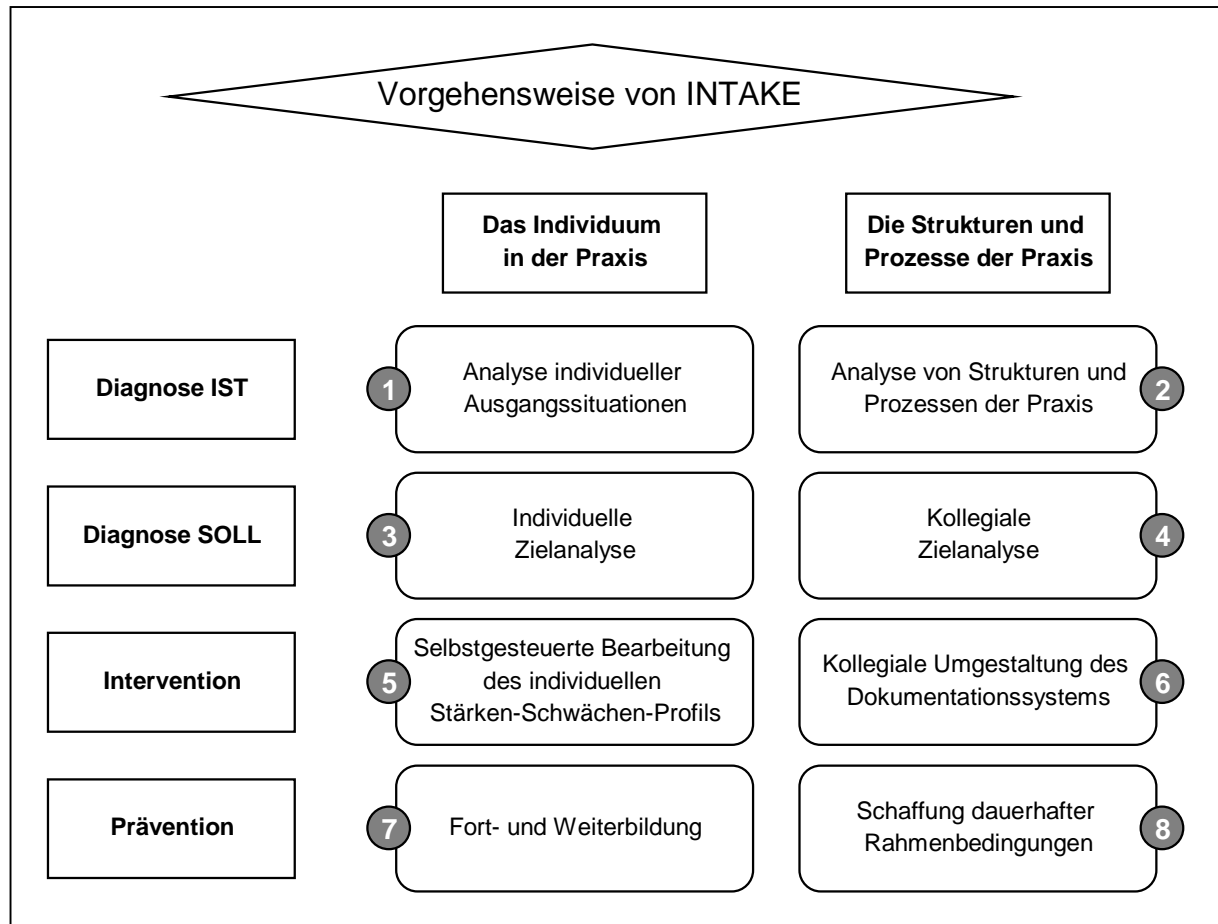


Abb. 26: Die Vorgehensweise von INTAKE im Beratungsprozess ergotherapeutischer Praxen

Der Prozess innerhalb der Konzeption gliedert sich folgendermaßen (vgl. Abbildung 26):

1. Analyse individueller Ausgangssituationen: Erhebung des IST-Zustandes anhand von Mitarbeiterbefragungen (Themen: Einstellung zu Maßnahmen der Qualitätssicherung, subjektive Arbeitsanalyse SALSA, Grobeinschätzung wichtiger Rahmenbedingungen innerhalb der Praxis, Grobeinschätzung vorhandener Dokumentationsunterlagen).
2. Systemverträglicher Start der Einführungsphase: Analyse der Strukturen und Prozesse der Praxis, Selbstreflexion im Gruppenrahmen, Reflexion über Regeln zur kollegialen Systemgestaltung; Erkundung wesentlicher Qualitätskriterien der individuellen Tätigkeit in Auswirkung auf die Praxis.
3. Entwicklung individueller Zielvorstellungen für die Gestaltung und Umsetzung eines Qualitätsmanagement-Systems.
4. Entwicklung kollegialer Zielvorstellungen anhand einer Moderation zur kollegialen Themenfindung und Prioritätensetzung für die Praxisentwicklung.

5. Selbstgesteuerte Bearbeitung mit individueller Schwerpunktsetzung anhand des Stärken-Schwächen-Profiles der Selbstreflexion und unter Nutzung eigener Rückmeldungen bei der Erreichung persönlicher Ziele.
6. Einführung in Moderationsmethoden und Techniken der Problemanalyse im Team; Erarbeitung eines Dokumentationssystems für die Praxis; Einrichtung von Arbeitsgruppen.
7. Entwicklung eines individuellen Fort- und Weiterbildungsplanes (intern und extern).
8. Evaluation des Prozesses: Tätigkeit der Arbeitsgruppen, Einführungsstand des QM-Systems und Festlegung spezifischer Ressourcen (finanziell, zeitlich, ...) als dauerhafte Rahmenbedingung für eine stetige Qualitätsverbesserung innerhalb der Praxis.

Im Konzept INTAKE sind vier Teamgespräche vorgesehen, die innerhalb eines Jahres stattfinden sollten, um im Prozess der Entwicklung und Implementierung des QM-Systems angemessene Beratungsimpulse geben zu können.

#### 4.1 Analyse individueller Ausgangssituationen

##### 4.1.1 Die Mitarbeiterbefragung im Organisationsentwicklungsprozess

Als Analyseinstrument individueller Ausgangssituationen wurde eine Mitarbeiterbefragung (MAB) gewählt, die sich als Mittel modernen Innovations- und Qualitätsmanagements zunehmend bewährt (vgl. Bungard & Jöns, 1997). Mitarbeiterbefragungen spielen im Rahmen der Bewertung von Strukturen und Prozessen innerhalb des Qualitätsmanagements eine zentrale Rolle. Im Konzept INTAKE kommt diesem Instrument insofern eine besondere Bedeutung zu, da die Nutzung der Ergebnisse im laufenden Veränderungsprozess im Mittelpunkt steht. In diesem Zusammenhang hat die Befragung zwei Funktionen (vgl. Jöns, 1997):

- Diagnosefunktion: Allgemeine Information über die gegenwärtige Situation der ergotherapeutischen Praxis, Möglichkeit zur Stärken und Schwächen-Analyse, Bestandsaufnahme und Bedarfsermittlung für konkrete Gestaltungsprojekte, Analyse zu spezifischen Problemstellungen.
- Interventionsfunktion: Initiierung des Dialogs zwischen Mitarbeitern und Praxenleitung, Kommunikationsgrundlage.

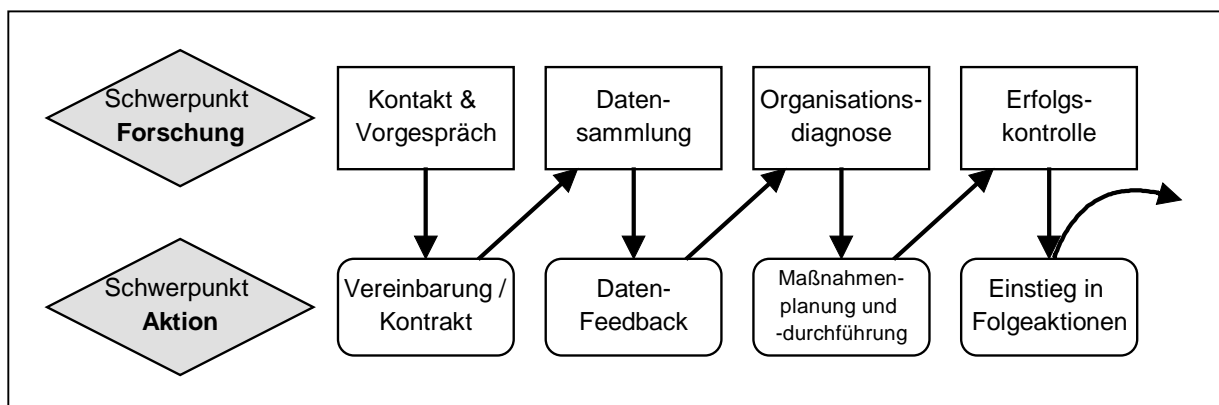


Abb. 27: Idealtypischer Ablauf einer Aktionsforschung (nach Comelli, 1997, S.35)



Für das Konzept INTAKE, als partizipative Veränderungsstrategie bot sich als Ansatz die „*Aktionsforschung*“ an. Ein idealtypischer Ablauf ist in Abbildung 26 dargestellt.

Bei INTAKE werden die Daten am Ausgangspunkt umfassend erhoben und im Sinne eines „*Survey-Feedback*“ (vgl. Kapitel 3.3.1) auf der Teamebene im Verlauf der Umsetzung rückgemeldet. Comelli (1997, S.40ff.) stellte in diesem Zusammenhang zehn Thesen auf, die zur Vorbereitung und Durchführung eines solchen Survey-Feedback-Projektes dienlich sind und hier Berücksichtigung finden:

- (1) Keine „isolierte“ Befragung ausschließlich zur Informationserhebung.
- (2) Die Einbindung sozialwissenschaftlicher Kompetenz muss gesichert sein.
- (3) Die entscheidenden Weichenstellungen für den Erfolg geschehen in der Kontaktphase.
- (4) Ängste und Widerstände nicht unterschätzen.
- (5) Mitarbeiter und Mitarbeitervertretung für die Befragung gewinnen.
- (6) Die MAB in andere (evtl. bereits laufende) Projekte einbinden.
- (7) Schnelle Ergebnis-Rückmeldung und Maßnahmenentwicklung.
- (8) Prozess-Controlling organisieren.
- (9) Eine MAB ist keine Organisationsentwicklung.
- (10) Die Tendenz geht in Richtung mehr Befragungen, spezialisiertere Befragungen und noch schnelleres Datenfeedback.

Die MAB wird nicht ausschließlich zur Informationserhebung durchgeführt, da die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Erwartungen in bezug auf Veränderungen etc. mit der Befragung verbinden, die nicht enttäuscht werden sollen.

Da die „*Durchführung einer MAB ein ziemlich markanter und die Kultur einer Organisation berührender Eingriff in das Organisationsleben darstellt*“ (Comelli, 1997, S.42), gibt es bei Erhebung, Auswertung, Rückmeldung und Erarbeitung von Maßnahmen externe Beratungsunterstützung.

Nach Comelli (1997, S.43) geschieht die entscheidende Weichenstellung für den Erfolg eines solchen Projektes in der Kontaktphase, hier demnach innerhalb der Teamgespräche. Diesen wird im Konzept große Aufmerksamkeit geschenkt. Ängsten und Widerständen im Team kann so begegnet werden. Durch ein computergestütztes Auswertungssystem ist eine schnelle Rückmeldung der Ergebnisse an die Praxenleitung möglich, bevor mit den einzelnen Teamgesprächen begonnen wird.

Nach Abschluß der Entwicklung und Implementierung eines QM-Systems kann die Befragung zusätzlich als Evaluations- und Kontrollinstrument genutzt werden. Dies hilft, Einzelmaßnahmen zu bewerten (u.a. die Dokumentationsunterlagen der Praxis) und eine allgemeine Beurteilung der Maßnahmen durchzuführen (Auswirkung auf die Nutzenerwartung zu Maßnahmen der Qualitätssicherung und zur veränderten Situation in der ergotherapeutischen Praxis).

Nachdem in einem Vorgespräch mit der Praxenleitung die Rahmenbedingungen einer Beratung geklärt wurden, ist Ziel des ersten Analyseschrittes, die individuelle Ausgangssituation für die Einführung eines QM-Systems schon vor der eigentlichen Beratung zu ermitteln.

Zu diesem Zweck wurde ein ausführliches Fragebogeninstrument entwickelt, das aus folgenden Abschnitten besteht:

- ① Zu mir
- ② Meine Ausbildung
- ③ Meine Arbeitsstelle
- ④ Die Arbeit in der Praxis
- ⑤ Wirkungen der Qualitätssicherung
- ⑥ Die Rahmenbedingungen meiner Institution / Praxis
- ⑦ Die Dokumentationsunterlagen meiner Institution / Praxis.

Im Fragebogen wurden die Abschnitte 1 bis 4 unter dem Hauptteil „Persönliche Arbeitssituation in der ergotherapeutischen Praxis“ gegliedert, die Abschnitte 5 bis 7 unter dem Hauptteil „Persönliche Beurteilung von Qualitätssicherung in der Praxis“ (Fragebogenvorlage: siehe Anhang A).

#### 4.1.2 Persönliche Arbeitssituation in der ergotherapeutischen Praxis

Für den Abschnitt ① („Zu mir“) wurden Alter und Geschlecht als demographische Daten ausgewählt. Wichtig erschien, ob der bzw. die Befragte Leitung einer Praxis war, da die Leitung bei der Umsetzung eines Qualitätsmanagement-Systems eine wesentliche Unterstützungsfunktion hat. Auch wenn der Prozess möglicherweise durch einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angestoßen wird, muss die Leitung ihre Zustimmung geben, zumal sie die Verantwortung und Entscheidungsbefugnis über den Einsatz der ökonomischen Ressourcen (zeitlich, finanziell, ...) hat.

Schließlich sollten Aussagen über die Erfahrung mit dem Thema Qualitätssicherung gemacht werden, um erste Einblick in die Auseinandersetzung der einzelnen Person mit dem Thema zu geben:

- „Ich habe schon an Qualitätssicherungsmaßnahmen teilgenommen“;
- „Ich habe schon einmal an Qualitätszirkeln teilgenommen“;
- „Ich bin in einem Bereich tätig, der nach einem QM-System arbeitet.“

Abschnitt ② („Meine Ausbildung“) wurde in den Fragebogen integriert, um multiprofessionelle Praxen und interdisziplinäre Teams ebenso in das Konzept einbeziehen zu können, wie reine ergotherapeutische und physiotherapeutische Praxen.

Neben der Grundausbildung wurde die Berufserfahrung in Jahren erfragt. In einer offenen Kategorie konnten Angaben zu Fortbildungen gemacht werden.

In Abschnitt ③ („Meine Arbeitsstelle“) wurde erfragt, ob die Person in einer Einzelpraxis (ambulant), in einer Gemeinschaftspraxis, in einer stationären Einrichtung oder einer anderen Institution („Sonstiges“) arbeitet. Die Anzahl von Kolleginnen und Kollegen erschien wichtig zur Abschätzung der Organisationsgröße.

Schließlich wurde die Dauer der Tätigkeit in der Arbeitsstelle in Jahren erhoben, und in einer offenen Kategorie konnten persönliche Arbeitsschwerpunkte angegeben werden.

Die Abschnitte ① bis ③ dienten der Groborientierung über die Struktur der Institution vor Beginn des Beratungsprozesses.

Zu diesem Zeitpunkt hat der Berater noch keine Organisations- und Tätigkeitsstrukturen vor Ort beobachtet bzw. beurteilt. Aus diesem Grund und für die Abschätzung des „Dienstleistungsklimas“ (vgl. Kapitel 2.6.2) wurde im Abschnitt ④ („Die Arbeit in der Praxis“) ein Verfahren zur subjektiven Arbeitsanalyse in das Konzept integriert. Mit diesem Verfahren sollte die subjektive Erlebniswelt eher allgemein erfasst werden, um den IST-Zustand der persönlichen Arbeitssituation in der ergotherapeutischen Praxis zu ermitteln.

Unter den zahlreichen, veröffentlichten Arbeitsanalyseverfahren (vgl. Dunckel, 1999) finden sich nur relativ wenige, die bislang im Dienstleistungsbereich eine breite Anwendung gefunden haben und ohne Beurteiler vor Ort auskommen. Ausgewählt wurde die „Salutogeneti-

sche *Subjektive Arbeitsanalyse*“ (SALSA; Rimann & Udris 1997), weil sie in ihrer Konzeption eine Kombination vorliegender arbeitsanalytischer Verfahren darstellte (u.a. Greif, Semmer & Bamberg, 1991; Hackman & Oldham, 1975), erweitert um neu formulierte Items zu personalen, organisationalen und sozialen Ressourcen der Person im Arbeitsprozess.

Ein weiterer Grund für die Auswahl war, dass die Tauglichkeitsprüfung des SALSA anhand von Daten erfolgte, die aus Stichproben des Dienstleistungssektors stammten (vgl. Rimann & Udris, 1993), u.a. wurden mit diesem Instrument Krankenschwestern und –pfleger befragt. Die Merkmalsbereiche und Skalen des SALSA, die bei der Erhebung der individuellen Ausgangssituation berücksichtigt wurden, sind in Tabelle 6 darstellt.

Die Zusammenstellung erfolgte aufgrund von Cluster- und Faktorenanalysen (vgl. Rimann, & Udris, 1997, S.286).

Tab. 6: Merkmalsbereiche, Skalenbezeichnungen, Zahl der Items und interne Konsistenz der Skalen im SALSA (aus Rimann & Udris, 1997, S.286f.; Definition der Einzelskalen: siehe Anhang C)

Merkmalsbereich	Skalenbezeichnung	Zahl der Items	Cronbachs $\alpha$
Aufgabencharakteristika	Ganzheitlichkeit der Aufgabe	3	0,75
	Qualifikationsanforderungen und Verantwortung	4	0,71
Arbeitsbelastungen	Überforderung durch die Arbeitsaufgaben (qualitativ und quantitativ)	6	0,78
	Unterforderung durch die Arbeitsaufgaben (qualitativ)	3	0,62
	Belastendes Sozialklima (Kolleginnen / Kollegen)	3	0,60
	Belastendes Verhalten der Leitung	3	0,78
Belastungen durch „äußere“ Tätigkeitsbedingungen	Belastung durch Lärm, ungünstige Beleuchtung, unangenehme Temperatur, Wartezeiten, mangelhafte technische Geräte / Arbeitsmittel, lange am Bildschirm arbeiten, Klimaanlage, Schichtarbeit oder ungünstige Arbeitszeiten, Arbeitshaltung und Zeitdruck bei der Arbeit	10	-
Organisationale Ressourcen	Aufgabenvielfalt	3	0,76
	Qualifikationspotential der Arbeitstätigkeit	3	0,85
	Tätigkeitsspielraum (Entscheidungs- und Kontrollspielraum)	3	0,50
	Partizipationsmöglichkeiten	3	0,62
	Persönliche Gestaltungsmöglichkeiten	1	-
	Spielraum für persönliche und private Dinge bei der Arbeit	1	-
Soziale Ressourcen bei der Arbeit	Positives Sozialklima	4	0,72
	Mitarbeiterorientiertes Vorgesetztenverhalten	4	0,80
	Soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten	3	0,90
	Soziale Unterstützung durch Arbeitskollegen und Arbeitskolleginnen	3	0,87

#### 4.1.3 Persönliche Beurteilung von Qualitätssicherung in der Praxis

Der zweite Hauptteil des Fragebogens „*Persönliche Beurteilung von Qualitätssicherung in der Praxis*“ gliedert sich in drei Abschnitte:

- ⑤ Wirkungen der Qualitätssicherung
- ⑥ Die Rahmenbedingungen meiner Institution / Praxis
- ⑦ Die Dokumentationsunterlagen meiner Institution / Praxis

Abschnitt ⑤ („*Wirkungen der Qualitätssicherung*“) diente der Erfassung von Einstellungen zu Wirkungen und Einflüssen von Qualitätssicherungsmaßnahmen. Lutz (1997) konzipierte einen Fragebogen zur summativen Evaluation eines Qualitätssicherungsprogramms in der Psychotherapie. Ausgangspunkt war die Zusammenstellung von Kriterien, die nach drei Gruppen gegliedert wurden (nach Grochla, 1982, S.92ff.): 1. Ökonomisch-technische; 2. Individuell-soziale und 3. Flexibilitätsorientierte Kriterien. Lutz (1997) versuchte anhand der Delphi-Technik die Kategoriensuche zur Entwicklung des Fragebogens zu optimieren.

Die Delphi-Technik dient zur expertengestützten Entscheidungsfindung. Sie beruht auf einer speziellen Form der schriftlichen Befragung. Ein Kreis von Experten wird in einem mehrstufigen Prozess individuell schriftlich zu einem Problem befragt, so dass gruppendynamische Effekte während der Befragung weitgehend ausgeschaltet werden (vgl. Wottawa & Thierau, 1991). Ausgangspunkt ist ein Katalog von Fragen oder Zielen, die auf der Basis der Antworten der Experten ausgewertet und kontinuierlich verbessert werden.

Als Ergebnis formulierte Lutz (1997) 26 positive bzw. negative Statements, welche auf der Basis der übergeordneten Frage „*Welche Wirkungen und Einflüsse haben Ihrer Meinung nach Qualitätssicherungsmaßnahmen?*“ auf einer fünfstufigen Skala („ja, eher ja, weder noch, eher nein, nein“) beantwortet werden sollten. Die Aussagenliste von Lutz (1997, S.83) wurde beim Konzept INTAKE für den zweiten Hauptteil der Befragung ergänzt. Aufgrund einer Vorbefragung (n=18) wurden einige Formulierungen geändert, um das Verständnis einzelner Aussagen zu erhöhen. Die übergeordnete Frage und auch die Skalierung wurden beibehalten, um im Beratungsprozess Vergleiche zwischen der Studie von Lutz (1997) und der vorliegenden Arbeit durchführen zu können. Im Anhang D sind die hier verwendeten Statements (im Abgleich zu Lutz, 1997) aufgeführt.

Der Teil ⑥ („*Die Rahmenbedingungen meiner Institution / Praxis*“) des Fragebogens diente im Konzept INTAKE innerhalb des Beratungsprozesses zur Grobeinschätzung der Rahmenbedingungen innerhalb der Praxis.

Aufgrund der Ergebnisse einer moderierten Ideenfindung mit Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (n=28) zum Thema „*Welche Rahmenbedingungen sind für die Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems in die Praxis nötig?*“ wurden 18 Items zu den Rahmenbedin-

gungen der Institution zusammengestellt und in den Fragebogen aufgenommen. Sowohl die Wichtigkeit von als auch die Zufriedenheit mit diesen Rahmenbedingungen wurde mit dem Fragebogen erhoben. Ziel dieses Abschnitts war es, innerhalb eines Portfolios (vgl. Kapitel 5.5.7) Kernstärken, Kernschwächen, Nullstärken und Nullschwächen herauszuarbeiten, um sie bei der IST-Diagnose im Team zu visualisieren und so als Ausgangspunkt eines moderierten Teamgesprächs zu nutzen.

Bei der Entwicklung und Implementierung eines QM-Systems spielt die Art und Weise der Dokumentation eine wichtige Rolle. Aus diesem Grund wurde der Abschnitt ⑦ (*„Die Dokumentationsunterlagen meiner Institution / Praxis“*) im Fragebogen integriert.

Dieser Teil des Fragebogens wurde im Verlauf der Entwicklung von INTAKE mehrmals verändert. In einer Vorbefragung (n=35) bestand der Abschnitt noch aus einer offenen Kategorie, wo der bzw. die Befragte eintragen sollte, mit welchen Hilfsmitteln sie Qualität sicherte bzw. ihre Diagnostik und Dokumentation stützte. In einem zweiten Schritt sollte dann beurteilt werden, inwieweit diese Instrumente und Maßnahmen für die Transparenz der Therapien und Therapieergebnisse hilfreich wären. Außerdem sollten Kopien der verwendeten Dokumentationsunterlagen beigelegt werden.

Aufgrund der einzelnen Dokumentationsunterlagen, die von verschiedenen Praxen daraufhin zur Verfügung gestellt wurden, konnten 9 Oberkategorien gefunden werden, die in diesem Abschnitt übernommen wurden. Zusätzlich wurde eine moderierte Ideenfindung mit Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (n=24) in drei Phasen mit jeweils einer Fragestellung durchgeführt:

1. *„Welche Dokumentationsinstrumente werden in der ergotherapeutischen Praxis verwendet?“*
2. *„Inwieweit ist das Dokumentationsinstrument standardisiert?“*
3. *„Inwieweit hilft mir das Dokumentationsinstrument, um meine Therapien / meine Therapieergebnisse transparent zu machen?“*

Aufgrund dieser Ideenfindung konnten weitere 6 Oberkategorien gefunden werden.

Schließlich wurden 15 Items zu Dokumentationsunterlagen der Praxis zusammengestellt.

Die Fragen 2 und 3 der Ideenfindung wurden zur Skalensystematisierung übernommen, um eine subjektive Einschätzung der Qualität dieser Instrumente vorzunehmen.

Falls ein bestimmtes Dokumentationsinstrument in Gebrauch war, sollte der Standardisierungsgrad auf einer ordinalen, fünfstufigen Skala (*„völlig individuell gestaltet“*, *„halbstandardisierte Vorgabe“*, *„Institutions-/Praxenvordruck“*, *„identisch mit anderen Praxen“*, *„nationaler Standardbogen“*) eingeschätzt werden. Die Einschätzung, wie gut das Instrument dazu geeignet wäre, die Therapie / die Therapieergebnisse transparent zu machen, sollte auf einer fünfstufigen Skala vorgenommen werden (*„ja“*, *„eher ja“*, *„weder noch“*, *„eher nein“*, *„nein“*).

## 4.2 Analyse der Strukturen und Prozesse in der Praxis

Im Vorgespräch werden bereits die Rahmenbedingungen der Beratung geklärt<sup>4</sup>. Außerdem wird mit der Praxenleitung, ausgehend von den einzelnen Analyseebenen, ein Kontrakt über die generelle Vorgehensweise bei INTAKE vereinbart (vgl. Abbildung 26). Ein Ziel dieses Vorgesprächs ist es, schon vor der IST-Diagnose festzulegen, in welchem Setting die Struktur- und Prozessanalyse durchgeführt werden soll.

Nachdem die Erhebung der individuellen Ausgangssituation abgeschlossen ist, kann innerhalb der Praxis mit der möglichst systemverträglichen Einführungsphase begonnen werden. Das Setting dieser Struktur- und Prozessanalyse kann je nach Praxis unterschiedlich gestaltet werden.

Erste Erfahrungen zeigen, dass sich die Praxenleitung meist dafür entscheidet, den Beratungstag in zwei Hälften zu teilen. Im ersten Teil treffen sich Praxenleiter und Berater, um über die Ergebnisse der Erhebung der individuellen Ausgangssituation zu sprechen. Zu diesem Zeitpunkt liegt der Praxenleitung bereits ein Ergebnisbericht vor, so dass markante Punkte herausgearbeitet werden können. Außerdem werden dem Berater sämtliche Unterlagen, die in der Praxis vorhanden sind, im Vorfeld zur Verfügung gestellt. Der Berater hat demnach bereits einen ersten Eindruck über die Dokumentationsunterlagen. Zur Vervollständigung wird eine kurze Praxenbegehung durchgeführt. Der zweite Teil des Beratungstages wird als Teamgespräch gestaltet, das seinen Schwerpunkt in der Auseinandersetzung über Qualitätsmerkmale der ergotherapeutischen Tätigkeit und Auswirkungen bestehender Strukturen und Prozesse auf den Praxenalltag hat.

In der Regel gibt es sowohl für die Praxenleitung als auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter brisante Themen, die mit der Einführung eines QM-Systems verbunden sind. Eine mögliche Konsequenz ist der Wunsch der Praxenleitung, bestimmte Themen (z.B. Vertragsgestaltung, Arbeitszeiten, Entlohnungsrichtlinien, ...) ganz aus dem Einführungsprozess auszublenden. Meist handelt es sich dabei um wichtige Themen, für die eine gemeinsame Basis erarbeitet werden muss, auch wenn die Leitung letztlich über einzelne Rahmenbedingungen entscheidet.

Grundsätzlich sollte es solche Ausblendungen nicht geben. Es besteht die Möglichkeit, in dieser ersten Phase der Beratung vor Ort darauf hinzuweisen, dass solche Themen zur Gestaltung dauerhafter Rahmenbedingungen wichtig sind (vgl. Kapitel 4.8.2) und im Beratungsprozess zu diesem Zeitpunkt aufgegriffen werden.

---

<sup>4</sup> Der empirische Teil der Arbeit beschäftigt sich ausschließlich mit der individuellen Ausgangssituation und der Reflexion über Qualitätsmerkmale ergotherapeutischer Tätigkeit. Über die Vorgehensweise im Verlauf liegen bislang keine empirischen Daten vor. Das Vorgehen wird daher in der Gegenwart erläutert.

#### 4.2.1 Die Nutzenerwartung an Maßnahmen der Qualitätssicherung – Rückmeldung im Teamgespräch

In der Konzeption von INTAKE kommt dem Feedback eine zentrale Bedeutung für individuelle und kollegiale Lernprozesse innerhalb der ergotherapeutischen Praxis zu. Gemeinsames Lernen erfordert wechselseitige Feedbackprozesse, die auch im Teamgespräch stattfinden. Im Arbeitsalltag der Praxis dienen hierzu die verschiedenen Besprechungsrunden (Bezugsteam, Gesamtteam etc.), die mehr oder weniger gut entwickelt und institutionalisiert sind. Im Konzept INTAKE wird eine Mitarbeiterbefragung (MAB) durchgeführt, wobei der Rückmeldung von Ergebnissen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Anschluss an eine MAB von vielen Autoren eine wichtige Funktion beigemessen wird (vgl. Borg, 1995; Domsch & Schneble, 1992; Freimuth & Kiefer, 1995).

*„Nach der Befragungsaktion im engeren Sinne entscheidet die Art der Rückmeldung bzw. der Rückmeldeprozess in zweierlei Hinsicht über den Erfolg, d.h. inwieweit die MAB als Partizipationsinstrument durch die Mitarbeiter anerkannt wird und den Ausgangspunkt für gemeinsame Verbesserungsprozesse bilden kann“ (Jöns, 1997, S.167).*

Nach French & Bell (1994) besteht das Survey-Feedback aus der Ermittlung von Einstellungen durch Umfragen und einer anschließenden Besprechung der Befragungsergebnisse. Da es für die eigentliche Gestaltung der Rückmeldung kein Patentrezept gibt, wurde im Konzept INTAKE anhand folgender Gestaltungsgliederung (in Anlehnung an Jöns, 1997) ein spezifisches Feedbackkonzept erarbeitet:

- Ziele der Rückmeldung:
  - Information der Befragten über die Ergebnisse
  - Gemeinsame Interpretation und Diskussion der Ergebnisse
  - Einleitung gemeinsamer Verbesserungsprozesse
- Zielgruppen der Rückmeldung:
  - Leitung, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ergotherapeutischen Praxis
- Reihenfolge der Rückmeldungen:
  - 1. Teamgespräch: Nutzenerwartung an Maßnahmen der Qualitätssicherung
  - 2. Teamgespräch: Die Ausgangssituation der ergotherapeutischen Praxis
  - 3. Teamgespräch: Die Dokumentationsunterlagen der Praxis
  - 4. Teamgespräch: Die Rahmenbedingungen der Praxis
- Form der Rückmeldung:
  - Ergebnisbericht an die Leitung
  - Teamgespräch mit Informationsmaterial (Folien etc.)
- Rückmelder:
  - externer Berater
- Inhalte der Rückmeldung:
  - Gesamtbericht an die Leitung
  - Gesamtergebnisse im Teamgespräch
  - Vergleichszahlen für ein externes Benchmarking



Aufgrund der Verwendung eines Fragebogens bilden die rückzumeldenden Daten nur einen spezifischen Ausschnitt des Meinungsbildes der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. So ist eine „externe“ Interpretation der erhobenen Daten und die Ermittlung von Ursachen bzw. Verbesserungsvorschlägen auf diesem Wege kaum möglich. Aus diesem Grund werden die Ergebnisse im Teamgespräch diskutiert. Dabei ist es wichtig, dass möglichst alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anwesend sind.

Die Nutzenerwartungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Praxis werden als Einstellungen zu Wirkungen und Einflüssen von Qualitätssicherungsmaßnahmen in Abschnitt ⑤ des Fragebogens erhoben. Die verwendeten 30 Items wurden aufgrund einer Faktorenanalyse (vgl. Kapitel 5.2.1) und nach inhaltlichen Kriterien, sowie der Berechnung ihrer internen Konsistenz ( $\alpha$ ) zu sieben Skalen verdichtet (siehe Anhang K).

Da nur relativ wenig Zeit im Teamgespräch zur Verfügung steht (etwa 4 Stunden), werden nicht alle Daten des Berichtes dort rückgemeldet und besprochen.

Die mittlere Nutzenerwartung der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird zurückgemeldet, mit der Gesamtstichprobe (vgl. Kapitel 5.2.4) verglichen und damit zur Diskussion gestellt. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Schwankungsbreite der Nutzenerwartungen, insbesondere Unterschiede zwischen Praxenleitung und Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern, die als Indiz für unterschiedliche Erwartungen an bevorstehende Veränderungen gewertet werden können.

Schließlich wird die mittlere Erwartungshaltung der Praxis im Vergleich zu anderen Praxen ähnlicher Struktur gestellt, um auch so eine erste Einordnung vorzunehmen. Ziel der Rückmeldung ist es, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Diskussion und damit Auseinandersetzung mit dem Thema anzuregen und gleich zu Beginn auf die vermuteten Folgen (Ergebniserwartungen etc.) hinzuweisen.

Anhand einer global benannten Nutzenerwartung erscheint es nach gemachten Erfahrungen leichter, eine Ausgangsposition der Gruppe zu ermitteln und Standpunkte zu klären, die in der anschließenden Diskussion individuell erläutert werden können.

Ziel dieser Diskussion ist u.a. individuelle Assoziationen zum Thema „*Qualität der ergotherapeutischen Tätigkeit*“ anzuregen, die in der anschließenden Selbstreflexion im Gruppenrahmen bearbeitet werden können.

#### 4.2.2 Reflexion über Qualitätsmerkmale der Tätigkeit

Aus den persönlichen Anforderungen an ergotherapeutische Tätigkeiten ergibt sich als wesentliche Grundkompetenz, eigene Erfahrungen reflektieren zu können.

*„Deshalb ist schon für die Ausbildung zum Ergotherapeuten die Bereitschaft, eigene Erfahrungen zu reflektieren und sich in die Situation anderer Menschen einzufühlen, notwendig. Offenheit und Auseinandersetzungswille mit Fragen:*

- wie sehe ich mich selbst, wie nehme ich wahr*
- wie sehen mich andere*
- wie gehe ich auf andere zu und ein*
- wie gehe ich mit meinen und den Gefühlen anderer um*
- wie erlebe ich Kritik, und wie gebe ich Kritik*
- was sind meine Motive zum sozialen Beruf (Problematik der Helferrolle)*

*sind deshalb unabdingbare Voraussetzung. Die Entwicklung therapeutischer Fähigkeiten wird nämlich maßgeblich durch eine aktive Auseinandersetzung mit diesen und ähnlichen Fragestellungen bestimmt“ (Bundesanstalt für Arbeit 1994, S.22).*

Bei der Konzeption von INTAKE wurde das Augenmerk auf die Bereitschaft der Ergotherapeutin zur Selbstreflexion gerichtet. Bei einer systemverträglichen Einführung eines Qualitätsmanagements ist daher der reflektierte Umgang mit der eigenen Arbeit notwendig. Die Auseinandersetzung im Team sollte dabei möglichst „*ergebnisoffen*“ beginnen, um die Teilnehmenden dort abzuholen, wo sie stehen. Kern des ersten Teamgesprächs ist daher ein Verfahren zur Selbstreflexion im Gruppenrahmen, als Teil der Struktur- und Prozessanalyse, dessen Entwicklung hier kurz skizziert wird.

Für die Neugestaltung der Teamprozesse ist es erforderlich, dass der Kontakt untereinander verstärkt wird und gleichzeitig der Fokus im Sinne verstärkter Selbstaufmerksamkeit auf Aspekte der individuellen Qualitätsorientierung (vgl. Kapitel 2.7), auf die Qualität der eigenen Tätigkeit und schließlich auf die kollegiale Erfolgskontrolle gerichtet wird.

*“Selbstreflexion bedeutet hier, ein Protokoll des eigenen Denkens, Wollens, Fühlens und Handelns anzulegen und das Gesamte oder Teile davon zu rekapitulieren“ (Selck, 2000, S. 25).*

Ziel dieser Vorgehensweise, die von Selck (2000) im Rahmen einer Diplomarbeit entwickelt wurde, ist es, anstelle vorgegebener Themen durch die Leitung bzw. den Berater zu bearbeiten, individuell wahrgenommene Stärken und Schwächen und ihrer Relevanz auf die Qualität der eigenen Tätigkeit herauszuarbeiten.

*„Im Zustand der Selbstaufmerksamkeit muss nicht unbedingt die gesamte Person des Beobachters im Fokus ihrer Aufmerksamkeit stehen. Grundsätzlich können alle möglichen Aspekte der Person kognitiv aktualisiert werden, zum Beispiel die eigenen Gefühle, Einstellungen, Erwartungen oder Ziele. In den Zustand von Selbstaufmerksamkeit gerät man entweder allein, sozusagen oszillierend (...) oder man kann (...) durch bestimmte Hilfsmittel in eine Selbstaufmerksamkeit versetzt werden“* (Mummendey, 1995, S. 84).

Aufgrund der Reflexion im Gruppenrahmen soll die Themenfindung verbessert werden und im Resultat eine systemverträglichere Gestaltung der Praxenstrukturen und -prozesse. Mit der Reflexion wird bei der Ist-Diagnose begonnen. Die Ergebnisse wirken sich auf die folgenden Teamgespräche aus. Die Planung der einzelnen Ablaufschritte der Selbstreflexion im Gruppenrahmen ist in Tabelle 7 dargestellt.

Tab. 7: Ablauf der Selbstreflexion im Gruppenrahmen zur Ermittlung individueller Qualitätskriterien

(1)	In Einzelarbeit Qualitätskriterien der eigenen Tätigkeit finden und in ihrer Zentralität einschätzen. Austausch mit Teampartnerin. Ergänzung der Kriterienliste.
(2)	Individuelle Rückmeldung über die Zentralität der Einzelkriterien. Einschätzung der persönlichen Ausprägungsstärke. Austausch mit Teampartnerin.
(3)	Individuelle Rückmeldung über Stärken und Schwächen. Entwicklung persönlicher Ziele, die mit der Entwicklung und Implementierung eines QM-Systems verbunden werden.
(4)	Austausch im Team über persönliche Ziele. Moderation zur Themenwahl für kollegiale Ziele. Bildung von Themenschwerpunkten zur Vorbereitung von Interventionen im Rahmen der Entwicklung des praxeninternen QM-Systems.
(5)	Bildung von Arbeitsgruppen, zur Erarbeitung von Themenschwerpunkten.
(6)	Vorstellung der Arbeitsgruppenergebnisse im Team.
(7)	Ermittlung des individuellen Entwicklungsbedarfs aufgrund der Stärken- & Schwächenanalyse.
(8)	Entscheidung in Teamsitzung über einzelne Rahmenbedingungen für das weitere Vorgehen.

Die Konzeption der Selbstreflexion im Gruppenrahmen orientierte sich an Methoden qualitativer Sozialforschung (vgl. Stauss & Corbin, 1996). Es bestehen Ähnlichkeiten zur Technik des Assoziationsgeflechtes (Kirchler & de Rosa, 1996, aus Kirchler & Lang, 1998), das darauf abzielt, spontane, unreflektierte Antworten zu einem bestimmten Sachverhalt zu erfassen.

*„Das Assoziationsgeflecht dient zur Erfassung von latenten, evaluativen Aspekten von sozialen Repräsentanten. (...). Das Assoziationsgeflecht zielt darauf ab, auch jene spontanen Reaktionen, die allerersten Gefühle und Gedanken, die zu einem Sachverhalt in den Sinn kommen, zu erfassen. Das Verfahren ist einem projektiven Test vergleichbar“* (Kirchler & Lang 1998, S. 355f.).

Da ein erklärtes Ziel von INTAKE darin besteht, Teamprozesse neu zu gestalten, wird innerhalb des ersten Teamgesprächs auch kurz in ein Modell der Teambildung (in Anlehnung an Langemaak & Braune-Krickau, 1998; vgl. Abbildung 28) eingeführt, um den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein möglichst einfaches Bild des Entwicklungsprozesses geben zu können, auf das im Verlauf der einzelnen Teamgespräche, wenn nötig, wieder Bezug genommen werden kann. In Anlehnung an das Balancedreieck der Themenzentrierten Interaktion (TZI) wird der „*Entwicklungsweg zum Team*“ erläutert (vgl. Cohn, 1970). Das „*WIR*“-Gefühl einer Gruppe ist demnach nicht von Anfang an vorhanden, sondern entwickelt sich über eine längere Zeit, von einer Anzahl einzelner Personen, den einzelnen „*ICH*“s, über die erste Kontaktaufnahme zu kleinen und wechselnden Untergruppen, zum „*WIR*“. Die Selbstreflexion im Gruppenrahmen will das WIR-Gefühl stärken und behutsam entwickeln helfen, indem beim Individuum begonnen wird, der Austausch über Tandems und Kleingruppe fortgesetzt wird, bis in einer Moderation die einzelnen Themen im Teamgespräch öffentlich gemacht werden.

*„Dieses Vorgehen ermöglicht eine individuelle Auseinandersetzung mit dem Thema und den damit verbundenen Vorstellungen, Ideen und Wertmaßstäben, ohne dass diese gleich im Kontakt mit den anderen Teilnehmerinnen relativiert oder zurückgenommen werden müssten, um nicht aus der sich entwickelnden Gruppennorm zu fallen“ (Selck, 2000, S.26).*

Auch bei diesem Vorgehen bestehen Ängste der „Öffnung in der Gruppe“, u.a., da Phantasien bei jeder Einzelnen darüber bestehen, inwieweit persönliche Einstellungen ungewollt öffentlich gemacht werden und inwieweit der Berater Interessen der Praxenleitung vertritt, die den Interessen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entgegenstehen.

Daher können auch beim hier beschriebenen Vorgehen Vorbehalte der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gegenüber der Methode und darüber hinaus gegenüber der Praxenleitung vermutet werden. Bei bisherigen Durchführungen wurden sie nicht geäußert.

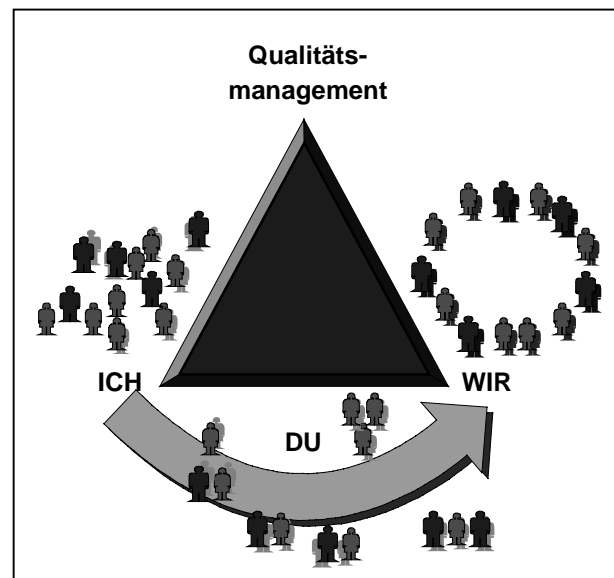


Abb. 28: Der Entwicklungsweg zum Team  
(in Anlehnung an Langmaak & Braune-Krickau, 1998)

Neben einem Bild des Teams wird in diesem ersten Teamgespräch auch versucht, ein Bild der „*Struktur des Selbst*“ zu vermitteln. Das Modell dient dazu, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf wesentliche Mechanismen bei der Durchführung einer Selbstreflexion aufmerk-

sam zu machen und soll die offene, individuelle Auseinandersetzung mit dem Thema begünstigen. In Theorien über die Struktur bzw. den Aufbau des Selbst wird angenommen, dass das Selbstkonzept aus mehreren Facetten besteht. Es erscheint daher angemessener, von Selbstkonzepten zu sprechen, die für verschiedene Lebensbereiche und Situationen unterschiedlich wirksam sind. Einen Ordnungsversuch dieser Selbstkonzepte stellt Rosenberg (1981) vor. Dieser erscheint für die pragmatische Einführung von Selbstreflexionen innerhalb der Teamgespräche geeignet.

Rosenberg (1979) unterteilt in seinem Modell das Selbstkonzept in drei „Regionen“:

- EXTANT SELF: „So sehe ich mich selbst.“
- DESIRED SELF: „So möchte ich gerne sein.“
- PRESENTING SELF: „So zeige ich mich vor anderen.“

Nach diesen Erläuterungen wird ein Arbeitsblatt mit der ersten Instruktion ausgeteilt, zusammen mit einer „Kriteriensammelkarte“ und einem Arbeitsblatt zur Visualisierung der Zentralität (siehe Anhang B). Die Teilnehmenden bekommen 20 Minuten Zeit zur Selbstreflexion. Danach sind weitere 20 Minuten Zeit, um die einzelnen Kriterien im Tandem zu besprechen. Der erste Teil des Teamgesprächs endet mit der Möglichkeit neu gewonnene Kriterien, die durch den Austausch wichtig geworden sind, zu ergänzen.

Die Arbeitsblätter werden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern selbstständig ausgewertet. Zur Vorbereitung der individuellen Zielanalyse wird zum Abschluß des ersten Teamgesprächs folgende zweite Instruktion gegeben:

Die Qualität jeder Tätigkeit ist durch die Handlungskompetenzen der handelnden Personen und die Rahmenbedingungen unter denen die Tätigkeit stattfindet bedingt. Die Handlungskompetenz wird dabei maßgeblich bestimmt durch theoretisches Wissen, Handlungswissen und sozial-emotionale Kompetenzen.

Im Spektrum dieser Dimensionen haben Sie Merkmale der Qualität ihrer ergotherapeutischen Tätigkeit zusammengetragen. Sie erhalten jetzt die Gelegenheit, über die persönliche Ausprägung der einzelnen Merkmale bei Ihnen zu reflektieren.

Schätzen Sie bitte Ihre individuellen Ausprägungen der Merkmale zum jetzigen Zeitpunkt ein. Markieren Sie den Ausprägungsgrad durch Ausschraffieren der entsprechenden Spalte.

Die Einschätzungen werden auf einem vorbereiteten Arbeitsblatt vorgenommen und danach im Tandem besprochen. Je nach Zeitdauer wird die Bearbeitung auch auf einen späteren Zeitpunkt verschoben, da es nicht zwingend erforderlich ist, dass die Reflexionen im Gruppenrahmen stattfinden. Das Besprechen im Tandem kann auch beim zweiten Teamgespräch erfolgen. Schwerpunktmäßig handelt es sich bei diesem Teamgespräch um eine Moderation zur Themenfindung für das weitere Vorgehen (siehe Kapitel 4.4.2).

### 4.2.3 Analyse von Einzelprozessen in der Praxis

Die IST-Analyse dient dazu, bestehende Strukturen und Prozesse transparent zu machen und u.a. Schwachstellen der Praxenorganisation herauszuarbeiten, die im weiteren Vorgehen von INTAKE bearbeitet werden.

Anhand eines einfachen Instrumentes (vgl. Abbildung 29) werden die einzelnen Ablaufbereiche innerhalb der Praxis erfasst.

Meist ist im Teamgespräch nur wenig Zeit für die Aufgliederung mit Beratungsunterstützung.

Aus diesem Grund wird nur kurz in die Logik von einer solchen Analyse eingeführt und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erarbeiten die einzelnen Arbeitsabläufe später selbstständig.

Die Analyse von Einzelprozessen innerhalb der Praxis wird nach dem Teamgespräch fortgesetzt.

Zur Darstellung der Abläufe in der Praxis werden zu Beginn die wesentlichen Aktivitäten moderiert gesammelt und mit Oberbegriffen versehen. Als Beispiel entstanden in einem Beratungsprozess folgende Oberbegriffe für die Aktivitäten in der ergotherapeutischen Praxis:

- Erste Kontaktaufnahme,
- Erstgespräch,
- Patientenaufnahme,
- Befundung,
- Elterngespräch,
- Therapieeinheiten,
- Therapieabschluss,
- Elternabend.

*Wie läuft eine komplette Therapie ab und was wird dokumentiert?*

Ablaufbereich	Lfd. Nr.	Eingesetzte Instrumente / Dokumentation	Zeitdauer in Min.	Bemerkungen

Abb. 29: Dokumentation der einzelnen Ablaufbereiche in der Praxis

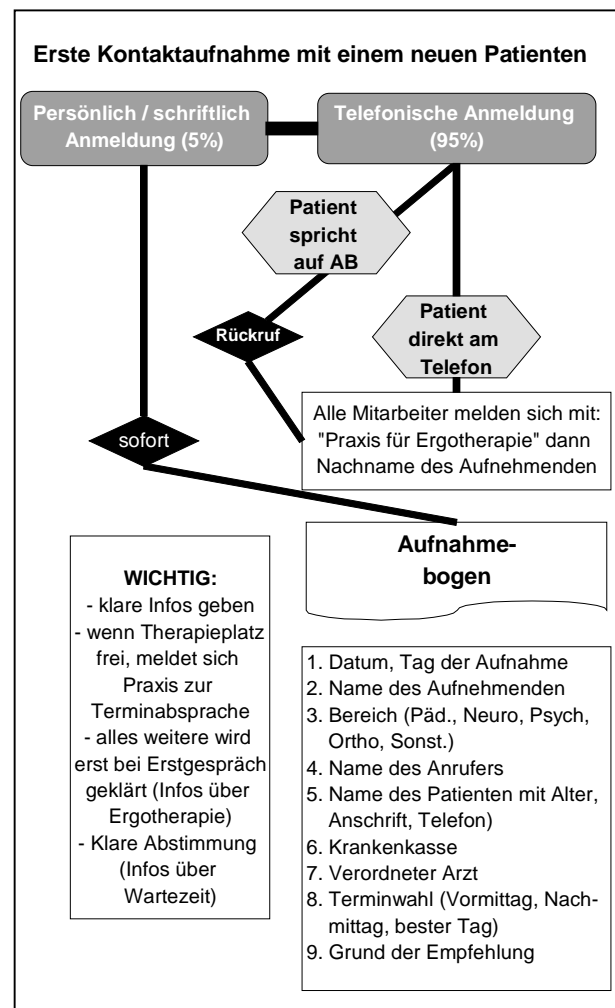


Abb. 30: Beispiel für die Visualisierung von Einzelprozessen: Erste Kontaktaufnahme mit einem neuen Patienten.

Für die Analyse von Einzelprozessen wird darauf hingewiesen, dass es sinnvoll ist, den Ablauf optisch mit einheitlichen Symbolen zu kennzeichnen (u.a. Bereich, Funktion, Ziel, Zeit, Entscheidung, Dokument). Zur Hilfestellung werden dem Team einige Fragen mit in die Analyse der Prozesse gegeben:

- Was ist das Ziel des Prozesses?
- Was ist für die Durchführung des Einzelprozesses notwendig? (Raum, Zeit, Material)
- Womit beginnt bzw. endet der Prozess?

Schließlich wird die Analyse der Einzelprozesse im Team daraufhin untersucht, welche dominanten (psychologischen, sozialen etc.) Themen, Merkmale bzw. Ziele den Prozess kennzeichnen. Das Ergebnis einer solchen Moderation ist in Tabelle 8 dargestellt. Zum Abschluß werden alle Prozessschritte einheitlich visualisiert und vom Team in einem Protokoll zusammengestellt, das bei der kollegialen Zielanalyse Verwendung findet (Beispiele siehe Abbildungen 30 und 31).

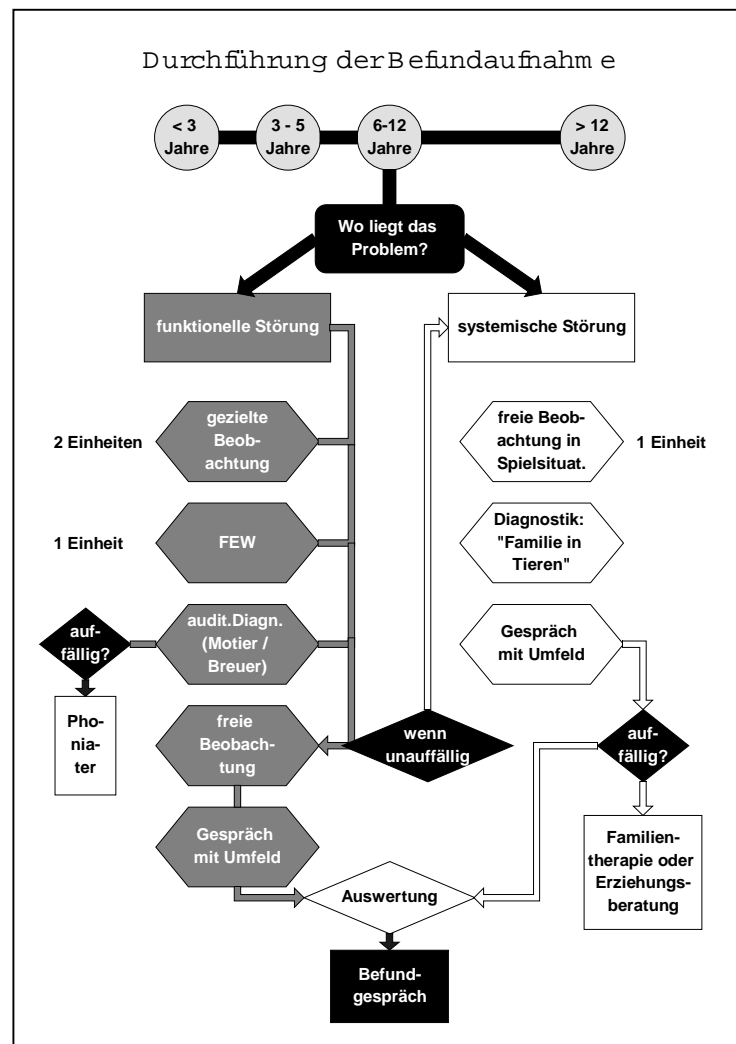


Abb. 31: Beispiel für die Visualisierung von Einzelprozessen: Durchführung der Befundaufnahme.

Tab. 8: Beispiel für das Ergebnis einer Moderation zu Aktivitäten in der Praxis und den mit ihnen verbundenen dominanten Themen / Merkmalen / Zielen

Oberbegriff für die Aktivitäten	Dominante Themen / Merkmale / Ziele
➤ Erste Kontaktaufnahme	♦ Vertrauen schaffen
➤ Erstgespräch	♦ Vertrauen schaffen, Orientierung der Angehörigen
➤ Patientenaufnahme	♦ Orientierung des Patienten
➤ Befundung	♦ Informationen gewinnen, Ausgangslage erforschen
➤ Elterngespräch	♦ Rollen und Normen für den Prozess finden
➤ Therapieeinheiten	♦ Aktiv sein, Selbststeuerung erfahren
➤ Therapieabschluss	♦ Abschied nehmen, Ergebnisse sichern
➤ Elternabend	♦ Bekanntheitsgrad in der Öffentlichkeit erhöhen

### 4.3 Individuelle Zielanalyse

#### 4.3.1 Selbstmanagement zur Förderung der Qualitätsorientierung

*„‘Lernende Organisationen‘ sind als solche nicht lernfähig, sondern lernen ausschließlich durch das zweckgerichtete Handeln ihrer Mitglieder. Die Organisation ist offen für Lernergebnisse, fordert diese heraus, diskutiert und setzt sie um“*  
(Stäbler, 1999, S.250).

Innerhalb einer systemverträglichen Organisationsentwicklung sollen Veränderungen der Strukturen und Prozesse in der Praxis als „Lernergebnis“ entstehen. Um dies zu erreichen, wird das zweckgerichtete Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch Vorgehensweisen des Selbstmanagements unterstützt und im Zielsystem der Einführung eines Qualitätsmanagements integriert.

Im Zusammenhang mit Selbstmanagement-Konzepten (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996) wird versucht, Menschen die Fähigkeit zur effektiven Eigensteuerung zu vermitteln.

Selbstmanagement basiert nach Kanfer et al. (1996) auf folgenden Grundannahmen:

- Menschliches Verhalten ist immer motiviert und zielorientiert.
- Im Alltag sind aus Gründen der Ökonomie eine Vielzahl zielorientierter Verhaltensweisen auf dem Niveau von Gewohnheiten organisiert, d.h. automatisiert.
- Als Folge von automatisierten Gewohnheiten befinden sich Ziele nicht ständig im Fokus der Aufmerksamkeit.
- Es ist grundsätzlich möglich, auf automatisch ablaufende Verhaltensweisen gezielt die Aufmerksamkeit zu richten und sie somit zu kontrollieren.
- Ziele sind keine starren Gebilde, sondern sie befinden sich ständig im Fluss.
- Ziele können durch interne und externe Auslöser aktiviert werden, um sie in reales Handeln umzusetzen.
- Intentionen können mittels gedanklicher Repräsentation über längere Zeit aufrechterhalten werden. Eine spezielle Zielverfolgung kann daher aktiviert und deaktiviert werden, je nach Priorität der Zielstruktur.
- Menschen können auch weit entfernte Ziele verfolgen, wenn sie diese kognitiv repräsentieren. Häufig werden dabei Teil-/ Zwischenziele gebildet und interne Standards gesetzt. Das Individuum kann sich für die Erreichung dieser Standards selbst verstärken.
- Zielorientierte Handlungen werden dann beendet, wenn entweder das Ziel erreicht ist oder als nicht erreichbar eingeschätzt und aufgegeben wird.

Selbstverantwortliches Handeln setzt voraus, dass Individuen sich mit den eigenen Zielen auseinandersetzen. Diese Ziele müssen bewusst gemacht werden, um absichtsvoll angestrebt werden zu können. In diesem Zusammenhang sollten alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ergotherapeutischen Praxis wissen, welche Handlungsspielräume für Eigenaktivi-



täten in der Praxis bestehen und welche Rahmenbedingungen und Ressourcen durch die Leitung zur Verfügung gestellt werden können.

Die Fähigkeit zur Ziel- und Wertklärung stellt eine typische Selbstmanagement-Kompetenz dar. Innerhalb des Prozesses der Umsetzung eines QM-Systems ist das Wissen über mögliche realistische Ziele bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern notwendig. Sie sollten zudem in der Lage sein, mit Hilfsmitteln der Zielproduktion, Auswertung einzelner Zielanstöße und Möglichkeiten zur Zielformulierung (z.B. im Rahmen einer Goal Attainment Skalierung) geeignete berufliche Ziele zu formulieren und zu verfolgen.

Es ist allerdings nicht vorauszusetzen, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit bewussten, konkreten Zielen die Arbeit am QM-System beginnen. Unter Umständen benötigen sie einen mehr oder weniger langen Zeitraum der Zielfindung. Zu diesem Zweck müssen jeder einzelnen Mitarbeiterin geeignete Informationen zur Verfügung gestellt werden, die sie zur persönlichen Ziel- und Wertklärung nutzen kann.

### 4.3.2 Individuelle Zielanalyse zur Implementierung eines QM-Systems

Für die Umsetzung einer kollegialen Erfolgskontrolle werden in der ergotherapeutischen Praxis neben Testverfahren einzelfallbezogene Evaluationsansätze benötigt, um innerhalb des förderdiagnostischen Vorgehens Veränderungen zu dokumentieren, sowie problematische bzw. erfolgreiche Therapieverläufe sichtbar zu machen.

Zu diesem Zweck wird das Goal Attainment Scaling (GAS; „Zielerreichungs-Skalierung“) in die einzelne Praxis eingeführt. Um die Methode kennenzulernen, wird sie zur Zielanalyse in Bezug auf die Entwicklung und Implementierung eines QM-Systems genutzt.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (auch die Leitung) werden aufgefordert, vor dem Teamgespräch konkrete Zielvorstellungen zu formulieren. Diese Ziele werden in der kollegialen Zielanalyse aufgegriffen und weiter bearbeitet (vgl. Kapitel 4.4).

Zur Vorbereitung der Einführung einer GAS-Skalierung wurde bei INTAKE ein Verfahren von Preiser (1989) adaptiert. Es dient hier als Trainingsprogramm für ein verbessertes Selbstmanagement der einzelnen Mitarbeiterin in der ergotherapeutischen Praxis und als Strategie zur Erreichung selbst gesteckter Ziele.

Begonnen wird mit einer Bestandsaufnahme (im Sinne eines Brainstormings) derjenigen individuellen Ziele, die im Zusammenhang mit der Einführung eines QM-Systems stehen

(vgl. Abbildung 32). Zur Konkretisierung der Ziele wird die Zeitperspektive analysiert. Preiser (1989) nennt fünf mögliche Zeitperspektiven:

- Kurzfristige Ziele (erreichbar innerhalb von zwei Wochen).
- Mittelfristige Ziele (erreichbar innerhalb eines halben Jahres)
- Langfristige Ziele (erreichbar innerhalb der nächsten fünf Jahre)
- Lebensziele (nicht zeitlich fixiert; „irgendwann“ im Leben)
- Dauerziele (dauerhafte Herausforderung)

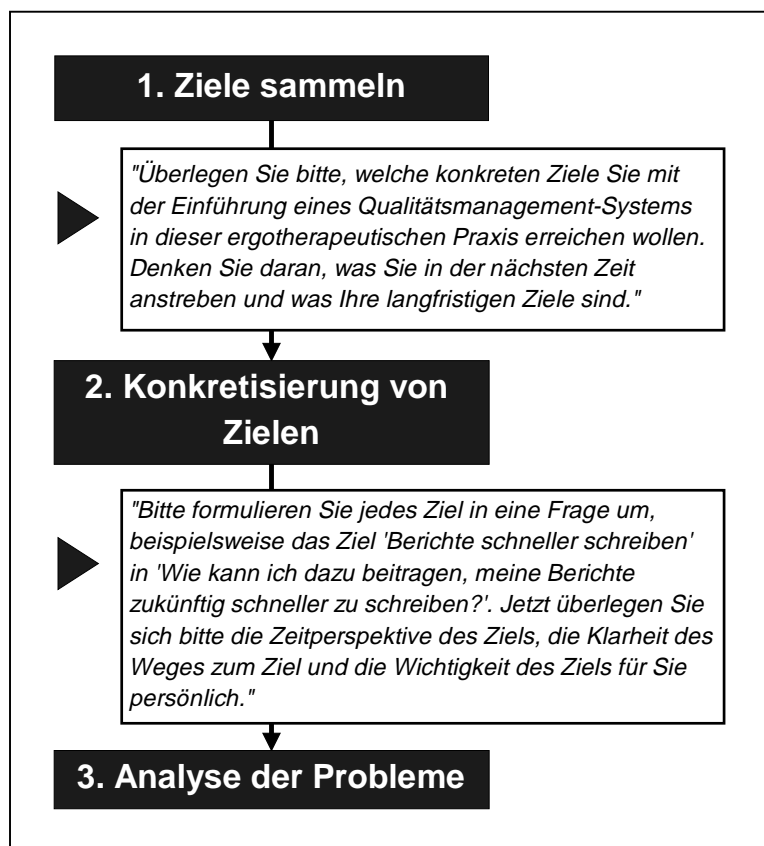


Abb. 32: Maßnahmen der individuellen Zielanalyse:  
1. Ziele sammeln, 2. Ziele konkretisieren  
(nach Preiser, 1989)

Außerdem wird die Klarheit des Weges zum Ziel bestimmt. Bei klarem Weg zum Ziel kommt es nach Preiser (1989) auf die individuelle Ausdauer, eigene Fähigkeiten und glückliche Umstände an, um das Ziel zu erreichen. Beim Vorhaben einer systemverträglichen Organisationsentwicklung ist zu Beginn die Suche bzw. Erarbeitung der Lösungswege entscheidend für den Erfolg (vgl. Becker & Langosch, 1995). Zur eigenen Orientierung sollten persönliche Prioritäten gesetzt werden, indem die einzelnen Ziele nach ihrer Wichtigkeit geordnet werden. Mit Blick auf die kollegiale Zielanalyse sollte die Mitarbeiterin die Bedeutung des Ziels in ihrer Rolle als Funktionsträgerin innerhalb der ergotherapeutischen Praxis in den Mittelpunkt stellen.

Die individuelle Zielanalyse wird mit der Erkennung der wesentlichen Probleme, die mit der Zielerreichung zusammenhängen, fortgesetzt (vgl. Abbildung 33). Der Fokus ist dabei vergangenheits- und gegenwartsorientiert. Probleme sollen nicht losgelöst von ihrer Entstehungsgeschichte betrachtet werden. Im Sinne des „Unfreezing“ (vgl. Kapitel 3.3.1) dient die Beschäftigung mit den Ursprüngen von Problemen dazu, die Ausgangsbasis zu klären und somit ein stabiles Fundament für die Zielerreichung aufzubauen.

Die Bestandsaufnahme beginnt damit, möglichst viele Probleme des Arbeitsbereichs zu sammeln, die mit bereits konkret

beschriebenen Zielen zusammenhängen. Die Beschreibung des IST-Zustandes (1) ist die Basis, auf der alle Veränderungen geplant werden. Der Grad an Konkretetheit bestimmt die Präzision der Planung. Nun wird eine Ursachen- und Bedingungsanalyse (2) durchgeführt, um subjektive Hypothesen der Problemstellung zu entwickeln. Aus der Analyse bisheriger Lösungsversuche (3) können sich Hinweise auf Fallstricke und Sackgassen bisheriger Lösungsversuche ergeben. Ansätze zu Verbesserungen finden sich häufig aus der Analyse

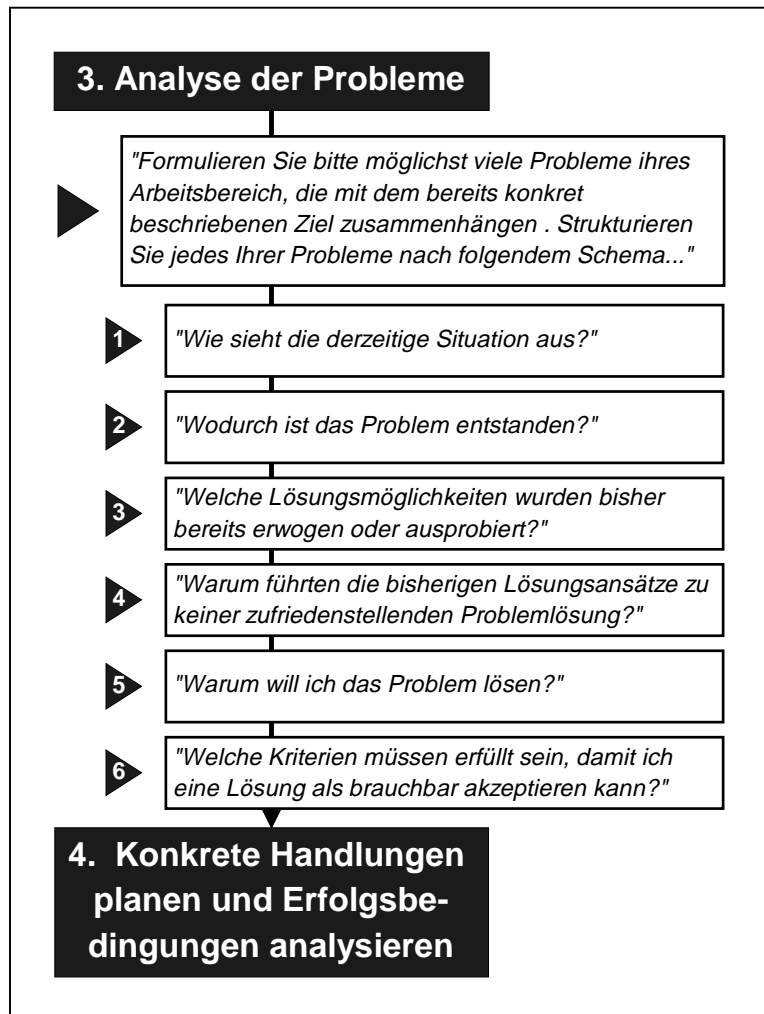


Abb. 33: Maßnahmen der individuellen Zielanalyse:  
3. Analyse der Probleme (nach Preiser, 1989)

vergangener Misserfolge (4), zumal der Fokus dabei meist auf ungenügende Rahmenbedingungen des Arbeitsplatzes gerichtet wird, die im Verlauf der Konzeption verändert werden können.

Die Motivationsanalyse (5) versucht nach Preiser (1989) zu klären, wieviel Zeit und Energie die Mitarbeiterin überhaupt in die Lösung eines Problems investieren will. Spätestens bei der Konkretisierung von Erfolgskriterien (6) müssen klare Prioritäten formuliert werden. Dabei ist es nach Preiser (1989) möglich, zwischen unabdingbaren bzw. wichtigen Forderungen an eine Lösung und wünschenswerten Zusatzeffekten zu unterscheiden.

#### 4.4 Kollegiale Zielanalyse

##### 4.4.1 Die Ausgangssituation der Praxis – Rückmeldung im Teamgespräch

Das zweite Teamgespräch beginnt mit der Rückmeldung der verdichteten Befragungsergebnisse zur *„persönlichen Arbeitssituation in der ergotherapeutischen Praxis“* (siehe Kapitel 4.1.2). Aufgrund bisheriger Forschungsergebnisse konnte die Skalenstruktur des SALSA nicht beibehalten werden. Die Rückmeldung orientiert sich an der überarbeiteten Struktur der Merkmalsbereiche (vgl. Kapitel 5.4). Rückmeldung der Ausgangssituation und Moderation zur kollegialen Themenfindung sind im Prozess nicht voneinander zu trennen. Es werden vier Merkmalsbereiche (*„Aufgabencharakteristika“*, *„Arbeitsbelastungen“*, *„Organisationale Ressourcen“*, *„Soziale Ressourcen“*) als Oberbegriffe der Moderation genutzt.

Zur Binnengliederung können bei Bedarf einzelne Skalen als Oberbegriffe hinzugefügt werden. Ergebnis der individuellen Zielanalyse (vgl. Kapitel 4.3.2) sind Probleme des Arbeitsbereichs, die mit einem vorher konkreten Ziel der Einführung eines QM-Systems in der ergotherapeutischen Praxis zusammenhängen. Jede Mitarbeiterin sollte sich im Vorfeld eigene Gedanken über die Struktur dieser individuellen Probleme machen. Das Teamgespräch beginnt damit, dass die Merkmalsbereiche erläutert werden. Anhand der mittleren Skalenwerte wird im Gespräch eine subjektive Bewertung der Ausgangslage in der Praxis vorgenommen. Aus dieser Auseinandersetzung entstehen häufig schon erste Ideen zu Verbesserungspotentialen und -möglichkeiten, die in dieser Phase aber noch zurückgestellt werden. Aufgrund der Rückmeldung fokussieren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf die internen Praxenabläufe.

#### 4.4.2 Moderation zur kollegialen Themenfindung

Innerhalb dieser Rückmeldephase findet beim zweiten Teamgespräch eine Moderation zur Themenfindung für das weitere Vorgehen statt. Einzelne Problembereiche wurden bereits in der individuellen Zielanalyse vorbereitet (vgl. Kapitel 4.3). Per Kartenabfrage werden die einzelnen Themen bzw. Probleme nun gesammelt und unter die vier Merkmalsbereiche als Oberbegriffe gruppiert (vgl. Kapitel 4.4.1). In der Regel reichen die Merkmalsbereiche als Oberbegriffe aus, wobei es problemlos möglich ist, auch andere Themenfelder zu benennen und hinzuzufügen.

Tab. 9: Organisatorischer und zeitlicher Ablauf der Moderation zur kollegialen Zielanalyse

I. Anwärmen (20 Min.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zuruf-Frage: („Welche Ziele verbinden Sie persönlich mit der Entwicklung eines Qualitätsmanagement-Systems?“) <b>20 Min.</b></li> </ul>
II. Problemorientierung (40 Min.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kartenabfrage, pro Karte ein Problem, Einzelarbeit („Welche Aspekte / Probleme / Themenbereiche eines Qualitätsmanagement-Systems, über die Sie sich bei der individuellen Zielanalyse Gedanken gemacht haben, möchten Sie in diesem Team bearbeiten?“). <b>15 Min.</b></li> <li>• Karten werden zu den Merkmalsbereiche („Aufgabencharakteristika“, „Arbeitsbelastungen“, „Organisationale Ressourcen“, „Soziale Ressourcen“) zusammengestellt <b>10 Min.</b></li> <li>• Einzelthemen in den Themenspeicher übertragen (Nummer, Aspekt, Bewertung, Rang) <b>5 Min.</b></li> <li>• Rangbildung der Themenbereiche nach folgender Beurteilungsfrage: „Welche Bereiche sollten in Arbeitsgruppen unbedingt bearbeitet werden?“ <b>10 Min.</b> (pro TN: halb so viele Klebepunkte wie Einzelaspekte)</li> </ul>
III. Pause	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>15 Min.</b></li> </ul>
IV. Problembearbeitung (30 Min.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kleingruppenarbeit <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Gruppen beschäftigen sich mit jeweils einem Thema, das in der Rangreihe oben steht. Gruppenbildung geschieht nach Interessenlage.</li> <li>- aufgrund der beschränkten Zeit sollte möglichst ein Fokus genauer unter die Lupe genommen werden (Methodik, Organisation etc.)</li> <li>- die Gruppe erhält eine Folie zur schriftlichen Fixierung ihrer Problembearbeitung (vgl. Abbildung 34) - <b>30 Min.</b></li> </ul> </li> </ul>
V. Lösungssicherung (30 Min.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorstellung der Kleingruppenarbeit im Plenum <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reihenfolge nach Wichtigkeit der Problembereiche</li> <li>- Einzelmeinungen ins untere Feld eintragen (vgl. Abbildung 34) - <b>30 Min.</b></li> </ul> </li> </ul>
VI. Abschluß (15 Min.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herstellen von Transparenz auf der Sachebene / Beziehungsebene: <ul style="list-style-type: none"> <li>1-Punkt-Frage auf zwei Dimensionen</li> <li>„Wie zufrieden sind Sie mit der Gesprächsatmosphäre?“ Neugestaltung von Teamprozessen</li> <li>„Wie zufrieden sind Sie mit den bisherigen Ergebnissen?“ Aufbau kollegialer Erfolgskontrolle</li> <li>- Abschließende Statements zu den Ergebnissen der Ideenfindung - <b>15 Min.</b></li> </ul> </li> </ul>

Die einzelnen Themen werden zusammengestellt und in eine Reihenfolge gebracht. Zum Ende des Teamgesprächs werden aufgrund der Themenvorschläge Arbeitsgruppen gebildet, die im Zusammenhang mit den gewählten Themen in den kommenden Monaten an der Entwicklung eines QM-Systems arbeiten sollen.

Schließlich wird in der Sitzung ein Zeitplan für das weitere Vorgehen erarbeitet.

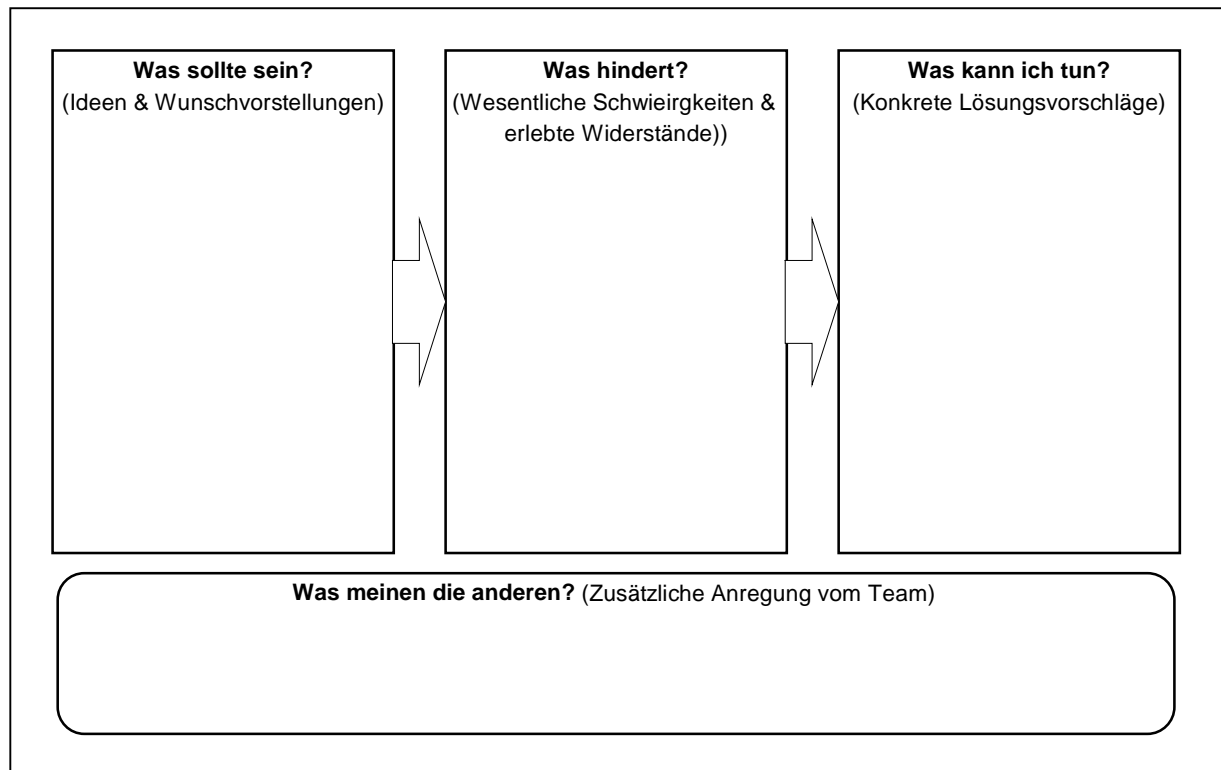


Abb. 34: Vier-Felder-Schema zur Problembearbeitung in Kleingruppen während des zweiten Teamgesprächs

#### 4.5 Selbstgesteuerte Bearbeitung des individuellen Stärken-Schwächen-Profiles

Aufgrund der Reflexion über Qualitätsmerkmale der eigenen Tätigkeit und der individuellen Zielanalyse ergibt sich ein Stärken-Schwächen-Profil, das die Mitarbeiterin nun selbstgesteuert bearbeiten kann. Die einzelnen Interventionen, die die Mitarbeiterin aufgrund der Auseinandersetzung mit den eigenen Stärken und Schwächen durchführen möchte, werden im Teamgespräch nicht im Detail besprochen. Im weiteren Verlauf sollen die individuellen Bedürfnisse bei „Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten“ (vgl. Kapitel 4.7) im Abgleich mit den Strukturen und Prozessen in der Praxis angemessen berücksichtigt werden.

##### 4.5.1 Selbstgesteuerte Handlungsplanung zur Erreichung gesteckter Ziele

Die Erfolgskriterien fokussieren auf das Ziel:

„Was soll am Ende anders sein als heute?“, die konkrete Handlungsplanung beginnt mit einer zeitlichen Fixierung der Ziele (Abbildung 35).

Die Zielerreichung ist in der Regel an bestimmte Fähigkeiten und Kompetenzen gebunden, die entweder vorhanden sind oder im Verlauf der Einführung des QM-Systems erworben werden müssen.

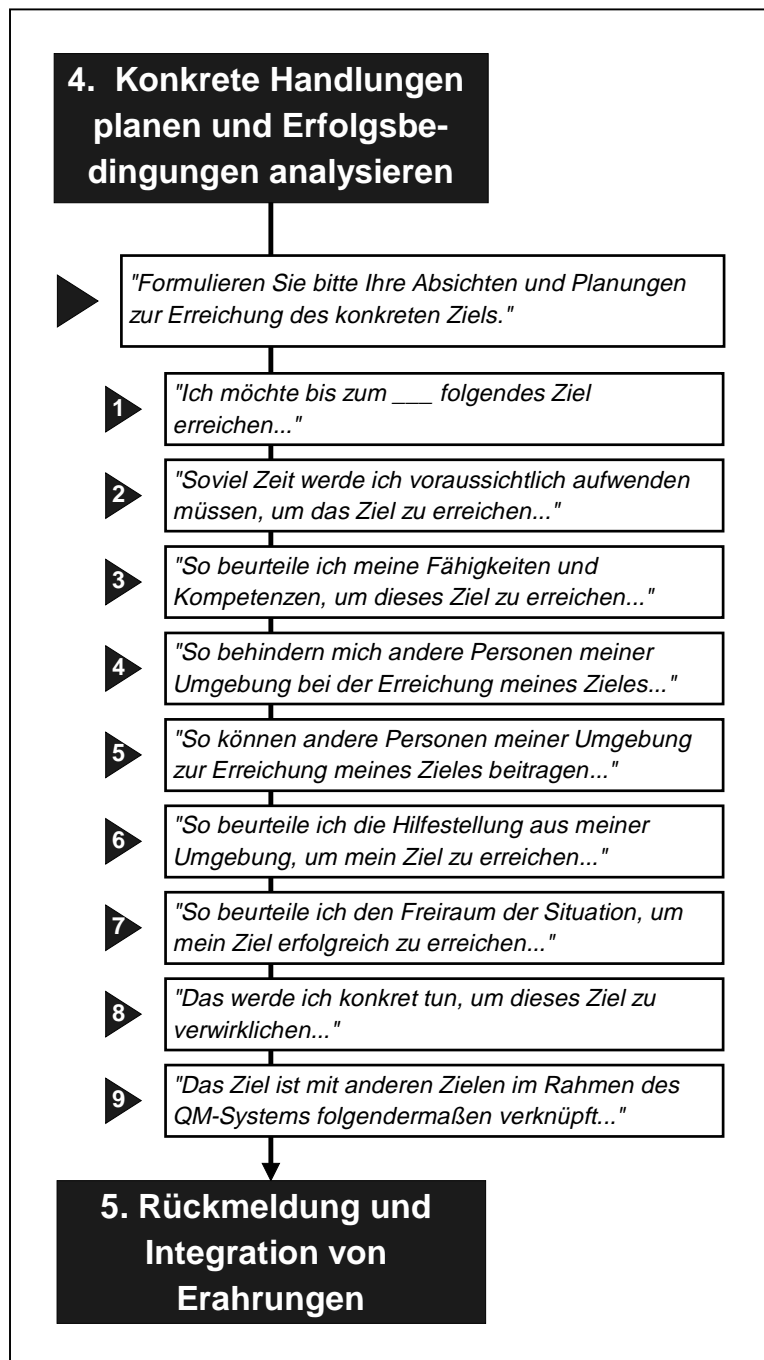


Abb. 35: Maßnahmen der individuellen Zielanalyse:  
4. Konkrete Handlungen planen und Erfolgsbedingungen analysieren (nach Preiser, 1989)

Als ein Ergebnis der kollegialen Zielanalyse (vgl. Kapitel 4.4) liegt ein Schwerpunkt der Handlungsplanung auf der Analyse des „individuellen Hilfesystems“ der einzelnen Mitarbeiterin. Vertrauen in die Situation beinhaltet Überzeugungen, dass in der gegebenen Ausgangssituation wünschenswerte Ereignisse zu erwarten sind oder wünschenswerte Ergebnisse durch aktives Handeln herbeigeführt werden können. Mit dem „*Freiraum der Situation*“ (vgl. Abbildung 34) ist die wahrgenommene Ergebnisfreiheit gemeint, d.h. inwieweit unterschiedliche Resultate der Zielverfolgung möglich sind. Gerade beim Start der systemverträglichen Organisationsentwicklung ist es wichtig „ergebnisoffen“ vorzugehen, um sich nicht schon zu Beginn auf Ziele festzulegen, die z.B. aufgrund vorhandener Rahmenbedingungen unrealistisch sind. Nun werden konkrete Handlungsschritte formuliert, um den Weg zur Zielerreichung konkret zu fassen. Schließlich ist bei der Zielanalyse zur Einführung eines QM-Systems, ob nun individuell oder kollegial, wichtig, dass durch die Beteiligten Verknüpfungen unterschiedlicher Ziele im Rahmen der Einführung vorgenommen werden können.



#### 4.5.2 Erfolg kontrollieren durch die Nutzung eigener Rückmeldungen

Auf der Basis der individuellen Zielanalyse, ergänzt durch das Stärken-Schwächen-Profil, werden nun selbstgesteckte Ziele verfolgt. Da der Vorgehensweise von INTAKE auch systemische Betrachtungen zugrunde liegen, wird an dieser Stelle die lineare „Abarbeitung“ der einzelnen Ablaufschritte verlassen, um die systemverträgliche Organisationsentwicklung nicht künstlich einzuschränken.

Häufig werden kollegiale Zielanalyse und selbstgesteuerte Bearbeitung individueller Ziele parallel angegangen, je nach individueller Präferenz. Da objektive und subjektive Erfolgskontrollen für den langfristigen Erfolg eines QM-Systems unverzichtbar sind, wird das Vorgehen zur Rückmeldung und Integration von Erfahrungen hier erläutert.

In einem ersten Schritt wird analysiert, inwieweit die angestrebten Ziele erreicht wurden oder nicht.

Analog dem Vorgehen zur konkreten Handlungsplanung wird die Zielerreichung evaluiert. Im Vordergrund steht dabei, die Vielfalt möglicher Einflussfaktoren mit einzubeziehen, um nicht auf einfache Erklärungsmuster „hereinzufallen“.

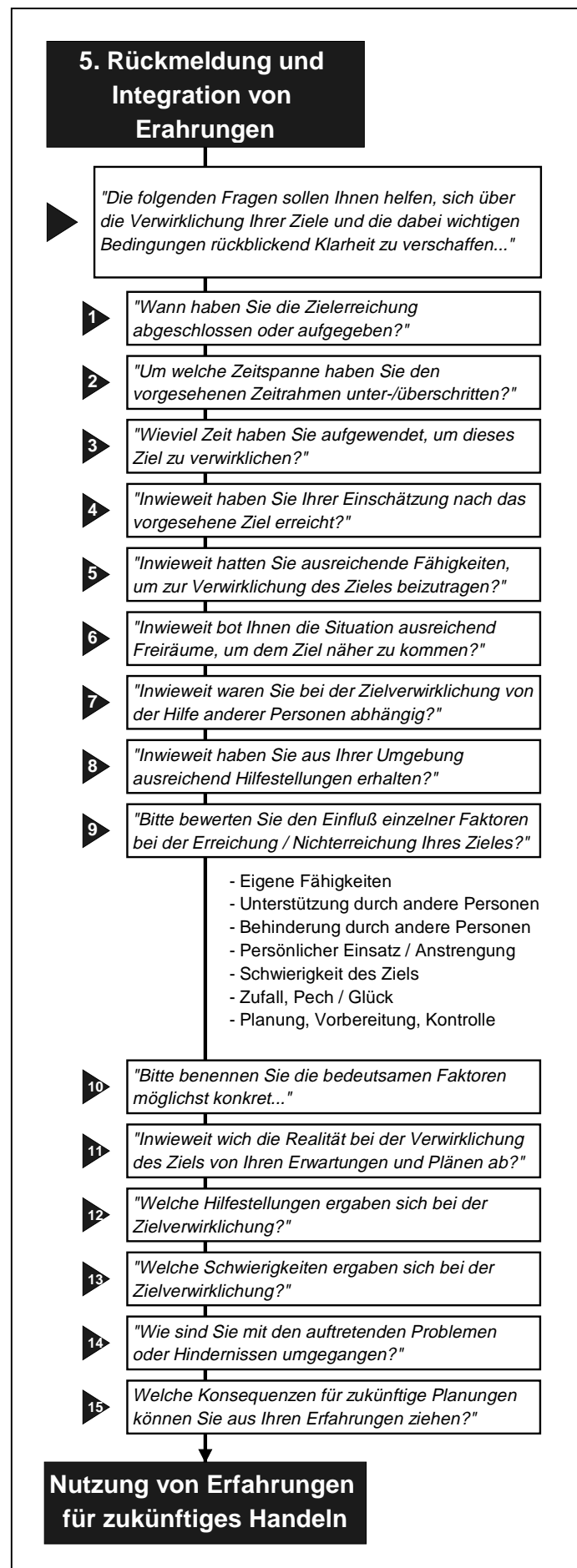


Abb. 36: Maßnahmen der individuellen Zielanalyse: 5. Rückmeldung und Integration von Erfahrungen (nach Preiser, 1989)

Das Vorgehen ist für die individuelle und die kollegiale Erfolgskontrolle sehr ähnlich und beginnt im Sinne der internalen Qualitätsorientierung bei der einzelnen Mitarbeiterin.

Als Analysestrategie dient es dazu, das QM-System dauerhaft zu verbessern.

#### 4.6 Kollegiale Umgestaltung des Dokumentationssystems

Ein wesentlicher Teil des Qualitätsmanagements besteht in der Gestaltung eines funktionierenden und akzeptierten Dokumentationssystem, das gleichzeitig die Prozesse während der Therapiedurchführung im Sinne der Prozessqualität sichern hilft und die Grundlage für den Nachweis der Wirksamkeit therapeutischer Interventionen als Ergebnisqualität liefert (vgl. Donabedian, 1980, Kapitel 2.4).

##### 4.6.1 Die Dokumentationsunterlagen der Praxis – Rückmeldung im Teamgespräch

Innerhalb der Befragung zur Analyse individueller Ausgangssituationen (*„Persönliche Beurteilung von Qualitätssicherung in der Praxis“*) wurden die Hilfsmittel zur Qualitätssicherung bzw. Diagnostik und Dokumentation unter zwei Fragestellungen eingeschätzt:

1. Einschätzung des Standardisierungsgrades. Die Leitfrage war in diesem Zusammenhang: *„Inwieweit ist das Dokumentationsinstrument standardisiert?“*
2. Einschätzung der Hilfestellung. Die Leitfrage war in diesem Zusammenhang: *„Inwieweit hilft mir das Dokumentationsinstrument, um meine Therapien / meine Therapieergebnisse transparent zu machen?“*

Das Team bekommt eine Rückmeldung zum *„Standardisierungsgrad“* und zur Wirkung der einzelnen Verfahren auf die Transparenz (vgl. Kapitel 4.1.3), indem eine Rangreihe der einzelnen Verfahren (mittlere Einschätzungen) in Beziehung zur Rangreihe aller im Pool befindlichen Praxenmitarbeiterinnen und –mitarbeiter dargestellt wird (vgl. Anhang P).

Schließlich wird per Punktabfrage eine Prioritätenliste der zu verändernden Dokumentationsunterlagen erstellt.

#### 4.6.2 Entwicklung eines Dokumentationssystems zur kollegialen Erfolgskontrolle

Das dritte Teamgespräch beschäftigt sich mit der Ausrichtung der einzelnen Arbeitsgruppen und mit dem bisherigen Verlauf der Zusammenarbeit. Ein wesentliches Ziel der weiteren Teamarbeit ist die Entwicklung eines Dokumentationssystems zur kollegialen Erfolgskontrolle. Bislang stehen für ergotherapeutische Praxen und speziell für den Bereich der Pädiatrie (z.B. bei sensorischer Integrationstherapie) keine empirisch geprüften Dokumentationssysteme zur Verfügung, die in der Praxis effektiv genutzt werden können und gleichzeitig den Ansprüchen einer wissenschaftlich aussagekräftigen Dokumentation genügen.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vieler Praxen konzipierten in der Vergangenheit selbstständig eigene Instrumente, die in der Regel nicht veröffentlicht wurden. Eine Ausnahme bildet das „LHS-System“ (Lemmert, Hoffmann & Schunk, 1999), das von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einer Praxis entwickelt wurde und in einer ersten Fassung 1999 veröffentlicht wurde. Dieses System wird zur Zeit in einer Diplomarbeit auf seine Qualität überprüft (Schlote, 2000). Für die Erwachsenen-Rehabilitation gibt es erste Untersuchungen zur Praktikabilität, Akzeptanz und Nützlichkeit eines „*Ergotherapeutischen Assessments*“ (EA, vgl. Voigt-Radloff, 1999).

*„Das EA (...) ist als krankheitsübergreifendes Beurteilungsinstrument zur ergotherapeutischen Diagnostik, Therapieplanung, Informationsorganisation, Dokumentation und Evaluation entwickelt worden. Das Grundprinzip des EA basiert auf einer Beurteilung der Patientenleistungen durch den Ergotherapeuten zu Beginn und am Ende der Therapieserie“ (Voigt-Radloff, 1999, S.2).*

Die Abbildung 37 zeigt die einzelnen Ablaufschritte im Vorgehen von INTAKE zur Konstruktion eines an Einzelmerkmalen orientierten Dokumentationssystems für ergotherapeutische Praxen. Die Entwicklung beginnt mit der Suche nach Merkmalen, die innerhalb der ergotherapeutischen Behandlung relevant und dokumentierbar erscheinen. Es folgt eine Phase der Auseinandersetzung mit diesen Merkmalen innerhalb

Ablaufschritte der Konstruktion eines Dokumentationssystems für die ergotherapeutische Praxis

- ① Suche nach relevanten Merkmalen (Literatur, andere Praxen, ...)
- ② Abstimmung über einzelne Merkmale im therapeutischen Team
- ③ Katalog mit relevanten Merkmalen zusammenstellen
- ④ Definition der Merkmale
- ⑤ Hinterlegung der Merkmale mit geeigneten Skalen (Niveau)
- ⑥ Benennung der Skalenpunkte (Beobachtungsmerkmale)
- ⑦ Zusammenstellung zu Profilen / Gestaltung der Bögen
- ⑧ Praktische Erprobung (evtl. Überarbeitung des Instrumentes)
- ⑨ Automatisierung (Übertragung auf Computer)
- ⑩ Routineeinsatz in gesamter Praxis / Institution

Abb. 37: Einzelne Ablaufschritte der Konstruktion eines Dokumentationssystems für ergotherapeutische Praxen im Vorgehen von INTAKE

einzelner Teams und zwischen Praktikern verschiedener ergotherapeutischer Praxen. Schließlich können die relevanten Merkmale in einem Profil zusammengestellt werden. Besonders wichtig erscheint, dass im Team eine verbindliche Übereinkunft gefunden wird, wie die einzelnen Merkmale möglichst valide und zuverlässig gemessen werden können. Eine Hilfestellung zur Zusammenstellung allgemeiner Bereiche der Befunderhebung wird in Hagedorn (2000) gegeben. Neben Methoden der Exploration werden zunehmend auch Testverfahren zur Ergebnissicherung eingesetzt. Für den Bereich der sensorischen Integrationstherapie fehlen bislang weitgehend erprobte Testverfahren. Für ein strategisch angelegtes Qualitätsmanagement hat die Fortbildung in diesem Bereich vorrangige Bedeutung, um überhaupt die Möglichkeiten des Einsatzes von Tests im ergotherapeutischen Bereich zu eröffnen. Das Wissen über Tests und den Umgang mit Testverfahren ist häufig nur gering ausgeprägt. Außerdem fehlt weitgehend das Wissen über die einzelfallstatische Auswertung von Therapieverläufen.

Je nach Klientel sind verschiedene Testverfahren gebräuchlich, um in der Therapie dominante Merkmalsbereiche valide beobachten und beurteilen zu können. In vielen ergotherapeutischen Praxen sind einige Testverfahren vorhanden (vgl. Tabelle 10). Über die Qualität dieser Verfahren soll hier nicht geurteilt werden. Haupt- und Nebengütekriterien werden in den einzelnen Manualen benannt.

Tab. 10: Testverfahren zur Messung spezifischer Einzelmerkmale  
(beispielhaft, ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

Verfahren	Autor (vgl. Literatur)
Sensorische Integrations- und Praxietests (SIPT)	Ayres & Marr (1998)
Motoriktest für vier- bis sechsjährige Kinder (MOT 4-6)	Zimmer & Volkamer, 1987
Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW)	Lockowandt, 1996
Körper-Koordinations-Test (KTK)	Kiphard & Schilling, 1974
Frostig Test der motorischen Entwicklung (FTM)	Frostig, 1985

Um einen Austausch zwischen den einzelnen Therapeutinnen und anderen Professionen (u.a. Ärzten, Lehrerinnen, Eltern) möglich zu machen, benötigt man verständliche Definitionen der einzelnen Beobachtungsmerkmale. Beispielsweise wurde im LHS-System damit begonnen, Begriffe kurz zu erläutern und handlungsleitende Fragen für die Beurteilung der Einzelmerkmale zu stellen. Die einzelnen Skalenpunkte werden mit Beurteilungskategorien unterlegt, die im ergotherapeutischen Feld gebräuchlich sind (z.B. *Stärke – Norm – Schwäche – Störung*), mit dem Ziel, eine Grobklassifikation vornehmen zu können.

#### 4.6.3 Kollegiale Erfolgskontrolle durch Goal Attainment Scaling

Das Goal Attainment Scaling (GAS) wurde erstmals von Kiresuk und Sherman vorgestellt und erlebte bereits während der 70er Jahre in den USA ungewöhnlich rasche Verbreitung (vgl. Kiresuk, Smith & Cardillo, 1994). Es wurde in einer Vielzahl von Einrichtungen erprobt. Dabei entwickelte sich die Methode von einer anfangs relativ geschlossenen und klar umrissenen Technik zu einem offenen Ansatz mit einem breiten Spektrum von Variationsformen hinsichtlich des konkreten Vorgehens.

GAS geht von einem einzelfallbezogenen Evaluationsansatz aus. Grundidee ist die Überprüfung der Erreichung von zuvor individuell festgelegten Zielen. Diese Zielvorgaben werden - in der Regel von der Therapeutin (je nach Patientengruppe auch in Zusammenarbeit mit dem Patienten bzw. seinen Angehörigen) - möglichst konkret benannt und auf einer 5-Punkte-Skala (-2, -1, 0, +1, +2) abgestuft. Dabei entspricht der mittlere Skalenwert 0 dem sogenannten „erwarteten Ergebnis der Therapie“ unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Maßnahmen und der Zeitspanne bei gegebener spezifischer Problemlage des Patienten. Punktwerte von -1 und -2 kennzeichnen Misserfolge, Punktwerte von +1 und +2 dementsprechend überdurchschnittliche Resultate der Therapie. Als Therapieerfolg gilt bereits das Erreichen des Punktwertes 0.

Meist werden zwischen drei und fünf Problembereiche für jeden Patienten ausgewählt und in einen Therapiebogen eingetragen (siehe Anhang E). Die GAS erfüllt mehrere Funktionen. Durch sie wird das „Subjekt“ wieder in die Therapiedokumentation eingeführt, indem Erfolgsmessungen durchgeführt werden können, ohne ständig die „*Norm der Gesunden*“, wie es bei Tests der Fall ist, einbeziehen zu müssen. Viele Normen differenzieren gerade im Schwäche- bzw. Störungsbereich besonders schlecht, so dass ein individueller Erfolgsmaßstab eher anmessen erscheint.

Die GAS schärft die Wahrnehmung jeder einzelnen Therapeutin im Sinne individuell erreichbarer Möglichkeiten innerhalb der Therapie. Nach längerem Gebrauch zeigt sich durch diese reflektierende Arbeit mit selbst festgelegten Zielkriterien, der eigene Standard in Zielformulierung und -erreichung (vgl. dazu Roecken, 1984). Die GAS liefert, im Sinne selbst gesteckter Ziele, neben der diagnostischen Komponente auch viele motivationsfördernde Ansatzpunkte für Therapeutin und Patient.

Im Konzept INTAKE wurde speziell für ergotherapeutische Praxen eine separate Zielformulierung für die Angehörigen eingeführt. Dies erschien wichtig, da es für die Angehörigen vor allem um die Alltagsrelevanz der Veränderungen geht, die als „externe Validität“ in den Therapieprozess einfließen sollte (vgl. Anhang E).

In vielen Studien konnte die Normalverteilungsannahme der GAS-Scores bestätigt werden (vgl. Kiresuk et al., 1994). Um Einzelergebnisse vergleichen zu können, wird eine Skalierung

mit einem Mittelwert 50 und einer Standardabweichung 10 benutzt (in Annäherung an die T-Wert-Verteilung). Fällt ein Zielerreichungswert in den Bereich von  $50 \pm 10$ , wird dieses Ergebnis als Therapieerfolg im Sinne der erwartungsmäßigen Zielereichung interpretiert.

Anhand einer Summenformel lassen sich die erreichten Rohwerte aus den einzelnen Skalen transformieren und zu einem zusammenfassenden Therapieziel-Erreichungswert einer Person, dem sogenannten GAS-SCORE, verrechnen.

Die GAS-Skala wird im dritten Teamgespräch nur kurz eingeführt. Es ist später evtl. nötig, eine separate Fortbildung zu besuchen (vgl. Kapitel 4.7). Eine längere Phase der Übung mit GAS erscheint sinnvoll, um folgende Probleme der Skalierung zu begrenzen:

- Der Prozess der Skalenkonstruktion ist schwierig. Vage Formulierungen müssen vermieden werden und der Anwender sollte versuchen, vergleichbare Skalenabstände zu schaffen (dies ist die Grundlage für die Verrechnung der Einzelskalenwerte zu einem GAS-SCORE). So muss besonders bei ungeübten Anwendern relativ viel Zeit für die Formulierung der Einzelskalen verwendet werden.
- Der Realitätsgrad der festgelegten Zielvorgaben muss beachtet werden. Zu leichte bzw. zu schwierige Ziele müssen vermieden werden. Auch dies bedarf einer gewissen Übung im Umgang mit der Skalenkonstruktion.
- Nur relevante Ziele sind gute Ziele. Jeder Anwender muss einen klinisch sinnvollen Kompromiß zwischen dem Aufwand der Skalenkonstruktion und der Bedeutsamkeit von Zielen für den Patienten finden. Schließlich kann die Bedeutsamkeit der Zielerreichung ein wesentlicher Motivator innerhalb der Therapie sein.
- Es bestehen Schwierigkeiten, relevante Ziele bereits zu Beginn der Therapie zu identifizieren und die Veränderungsmöglichkeiten korrekt zu prognostizieren. So wird es zu Beginn wahrscheinlich häufig vorkommen, dass Zieländerungen innerhalb des Therapieverlaufs vorgenommen werden müssen.

Für die Nutzung von GAS wurde eine kurze, schriftliche Anleitung für die einzelne Therapeutin formuliert, um Ziele formulieren zu lernen:

- |   |  |
|---|--|
| 1) Prognostizieren Sie schon zu Beginn der Therapie, was Sie am Ende erwarten und wählen Sie daraufhin Problembereiche aus. | Ein Patient hat meistens eine ganze Reihe von Problemen, wenn er zu Ihnen in die Therapie kommt. Aber nur einige davon sind mit ergotherapeutischen Methoden und innerhalb der sensorischen Integrationstherapie lösbar. Von diesen zu lösenden Schwierigkeiten müssen Sie sich wiederum auf einige wenige beschränken, u.a. da Sie nur relativ wenig Zeit mit dem Patienten verbringen und sich deshalb für eine therapeutische Strategie entscheiden müssen. Nehmen Sie sich bei der Zielerreichungsskalierung nur diejenigen Probleme vor, bei denen Sie aufgrund Ihrer Therapie eine Veränderung erwarten.   |
| 2) Übersetzen Sie die Problembereiche, die ausgewählt wurden in höchstens drei Therapieziele.                               | Die meiste Zeit befassen sich Therapeutinnen mit den Problemen, Schwierigkeiten und Handicaps ihrer Patienten. Sie diagnostizieren, stellen Symptomlisten auf und verbringen Ihre Zeit damit, große Anamnesebögen auszufüllen und diese mit früheren Berichten anderer Therapeutinnen zu vergleichen.<br><br>Mit der Zielerreichungsskalierung gehen Sie einen anderen Weg. Sie spekulieren über die Zukunft und erarbeiten mit Ihrem Patienten bzw. den Eltern des Kindes die Erwartungen und Hoffnungen an die Therapie. Dabei gibt es grundsätzlich keine Beschränkungen über die Art der Ziele (z.B. Verhaltensänderungen, affektive Modifikationen, kognitive Umstrukturierung, ...). |

- 3) Wählen Sie einen Titel / eine Überschrift für jedes Ziel. Ein gewähltes Ziel sollten Sie möglichst nachhaltig im Gedächtnis behalten, damit Sie es nicht aus dem Blick verlieren. Außerdem lässt sich mit einer kurzen, prägnanten Bezeichnung viel Klarheit schaffen. Diesen Kurztitel tragen Sie bitte im Feld „Merkmalsbereich“ ein, um die Zielskala zu bezeichnen.
- 4) Wählen Sie einen Indikator für jedes Ziel. Ein Ziel ist dann erreicht, wenn vorher festgelegte Indikatoren dies anzeigen. Indikatoren sind spezielle Verhaltensweisen, gezeigte Gefühle und ausgesprochene Gedanken. Sie müssen vorher festlegen, an welchen Indikatoren Sie später feststellen wollen, ob ein Ziel wirklich erreicht ist. Zur Überprüfung sollten sie möglichst zuverlässige Verfahren benutzen (z.B. Tests).
- 5) Schätzen Sie die konkrete Höhe der erwarteten Zielerreichung ein. Dies ist für die meisten Therapeuten die schwerste Aufgabe bei der Skalierung von Zielen. Sie müssen eine möglichst präzise Vorhersage über das erwartete Therapieergebnis machen.  
  
Je mehr Erfahrung Sie mit individueller Zielskalierung sammeln werden, desto besser werden auch Ihre Vorhersagen werden. Je ähnlicher ihre Patienten, d.h. je mehr Patienten mit ähnlichen Störungsbildern Sie in Therapie haben, desto schneller werden Sie in der Lage sein, als Expertin eine zutreffende Prognose abgeben zu können. Dabei spielt natürlich ihre Einschätzung der Möglichkeiten des Patienten, die zur Verfügung stehende Zeit für die Zielerreichung und die selbstkritische Einschätzung Ihrer eigenen Fähigkeiten eine wesentliche Rolle.  
  
Quantifizieren Sie Ihre Einschätzung so konkret und genau wie möglich. Aber da es sehr unwahrscheinlich ist, die genaue Häufigkeit eines Verhaltens etc. vorherzusagen, geben Sie am besten ein Intervall an, in dem Ihre Einschätzung liegt.
- 6) Urteilen Sie über die Passung zwischen Kurzüberschrift, Indikator und Höhe der Zielerreichung. Passen die einzelnen Bereiche wirklich zusammen? Ist das eine aus dem anderen ableitbar, indem man es konkretisiert? Wichtig ist hier auch eine klare, unmissverständliche Sprache, die auch jemand versteht, der den Patienten nicht von Anfang an betreut. Die Erreichung des Ziels sollte auch von einer Person überprüft werden können, die den Patienten nicht kennt.
- 7) Spezifizieren Sie nun die leichten Abweichungen vom erwarteten Therapieergebnis. Was wäre etwas besser bzw. etwas schlechter als das erwartete Therapieergebnis? Beachten Sie, dass der Indikator möglichst identisch sein sollte. Verändern Sie die Höhe der Zielerreichung, um eine leicht positive bzw. leicht negative Abweichung zu kennzeichnen. Beide Abweichungen sollten realistische Therapieergebnisse sein.
- 8) Spezifizieren Sie nun die schweren Abweichungen vom erwarteten Therapieergebnis. Da sowohl Ausgangsniveau als auch maximal mögliches Niveau der Verbesserung bzw. Verschlechterung aufgrund der Therapie in der 5fach Skala (-2,-1,0,+1,+2) enthalten sein sollte, bezeichnen Sie die Pole (-2, +2) dementsprechend. Als Anhaltspunkt dient die Einschätzung, dass nur 5-10% der Patienten mit ähnlichem Störungsbild am Ende der Therapie ein solches Ergebnis erzielen. Somit findet sich die Einschätzung des Ausgangsniveaus in der Frage wieder: „Wenn sich beim Patienten der jetzige Zustand nach x Therapieeinheiten nicht verändert hat, wie stark wäre die Abweichung vom erwarteten Therapieergebnis?“ Das Ausgangsniveau wird also mit „-1“ bzw. „-2“ skaliert. Die Skalierung „0“ würde bedeuten, dass die Therapeutin lediglich erwartet, dass aufgrund der Therapie keine Verschlechterung gegenüber dem Ausgangsniveau entsteht. Dies widerspricht allerdings der Ausrichtung einer progressiven Zielerreichung im Sinne eines „besser als vorher“. Allerdings kann es trotzdem in Einzelfällen sinnvoll sein, den Status Quo in einem bestimmten Bereich als erstrebenswertes Ziel zu formulieren, beispielsweise in der Rehabilitation von Patienten mit degenerativen Hirnerkrankungen (z.B. Demenz vom Alzheimer Typus). Im Mittelpunkt stehen daher Überlegungen zu dem erwarteten Therapieergebnis.
- 9) Wiederholen Sie die Schritte der Skalierung für jedes einzelne Therapieziel. Jedes Ziel sollte in fünf unterschiedliche Zielerreichungsniveaus („Levels“) aufgegliedert sein. Lassen Sie möglichst keine Niveaustufe aus.
- 10) Notieren Sie die Ziele mit ihren Abstufungen im Bogen zur Individuellen Therapiezielplanung.

Auf folgende Probleme der GAS-Anwendung wird zusätzlich eingegangen:

- |  |   |
|--|---|
| I. Schreibfehler. Seien Sie aufmerksam beim Aufstellen der Skalierung.                                   | Diese „einfachen“ Fehler entstehen durch Unaufmerksamkeit bei der Skalenkonstruktion. Es können z.B. Skalentitel falsch bezeichnet sein, einzelne Skalenniveaus mit fehlerhaften Begriffen markiert worden sein. Außerdem könnten Zeiträume falsch berechnet sein.  |
| II. Fachsprache. Verwenden Sie eindeutig und verständlich definierte Begriffe.                           | Die Verwendung von unüblichen Begriffen, Fachsprache oder Jargon durch den Therapeuten führt dazu, dass es für andere Personen schwer bzw. unmöglich wird, die Zielskalierung zu verstehen (u.a. andere Berufsgruppen, Angehörige, die Öffentlichkeit, ...).  |
| III. Vage Ausdrucksweise. Seien Sie konkret.   | Wenn Ziele in zweideutigen, vagen oder unklaren Begriffen beschrieben werden (z. B. <i>„Patient kann zwischenmenschliche Probleme lösen“</i> ), ist es bei der späteren Zielüberprüfung nicht möglich, die Zielerreichung festzumachen, weil sie zu unspezifisch sind.  |
| IV. Überlappende Niveaus. Versuchen Sie die fünf Niveaus gegeneinander abzugrenzen.                      | <p>Eins der häufigsten Probleme bei der Zielskalierung besteht darin, dass sich die einzelnen Niveaus der Zielerreichung überlappen. Bei der späteren Einordnung der Zielerreichung könnte es daher möglich sein, das Therapieergebnis auf zwei verschiedenen Niveaus einzuordnen. Beispiel:</p> <p>Level 0: „Das Kind schläft 7,5 bis 8,5 Stunden durch“</p> <p>Level 1: „Das Kind schläft 8 bis 9 Stunden durch“</p> <p>Kommt am Ende der Therapie heraus, dass das Kind zwischen 8 und 8,5 Stunden durchschläft, könnte es sowohl bei Level 1 als auch bei Level 0 eingeordnet werden.</p>   |
| V. Lücken zwischen den einzelnen Niveaus. Versuchen Sie möglichst die fünf Niveaus lückenlos aufzubauen. | <p>Solche Lücken sind meistens leicht zu schließen, wenn die Therapeutin in der Lage ist, mögliche Ausgänge einer Therapie auf fünf Stufen einer Dimension zu reduzieren. Aber die Fehler sind manchmal sehr einfacher Natur. Z.B.</p> <p>Level 0: „Das Kind nimmt während der Therapie 2-3 kg ab“</p> <p>Level 1: „Das Kind nimmt während der Therapie 5-6 kg ab“</p> <p>In dem Moment, wo das Kind 4 kg abnimmt, lässt es sich nicht mehr skalieren.</p>  |
| VI. Multidimensionale Skalierung. Eine Skala darf immer nur eine Dimension umfassen.                     | <p>Wenn Sie bei der Zielskalierung zwei oder mehr Dimensionen in eine Skala packen, haben Sie bei der Überprüfung meist große Probleme. Dies liegt meistens daran, dass die Skala selbst mit einem sehr allgemeinen Begriff bezeichnet ist, der dann Veränderungen auf vielen Einzeldimensionen zulässt.</p> <p>Beispiel: Skala „depressive Verstimmung“</p> <p>Level 0: „Der Patient weint 2-3 Mal am Tag und schläft zwischen 5 und 6 Stunden in der Nacht“</p> <p>Hier kann es leicht passieren, dass sich ein Bereich (z.B. Häufigkeit des Weinens) schneller verändert als ein anderer, so dass eine Skalierung dann unmöglich wird, es sei denn, man beschränkt sich auf einen Bereich.</p> |

Um die Zielskalierung transparent und einfach anwendbar zu halten, wurde als zusätzliches Instrument eine *„Therapieziel-Karte“* entwickelt, die im therapeutischen Prozess schnell Auskunft über ein Therapieziel geben soll (vgl. Anhang E). Diese Zielkarten können innerhalb der kollegialen Erfolgskontrolle in sogenannten *„Zielskalierungs-Audits“* genutzt werden, um im Team folgende Fragen zu beantworten:

- Inwiefern ist das Ziel in Bezug auf das erwartete Therapieergebnis bei diesem Patienten realistisch eingeschätzt?
- Wie hoch ist die Alltagsrelevanz dieses Zieles für den Patienten?
- Wie kann die Zielerreichung im Verlauf der Therapie gemessen werden?



## 4.7 Fort- und Weiterbildung

Die Zusammenarbeit im bisherigen Verlauf von INTAKE bringt es mit sich, dass sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit ihren eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten, Stärken und Schwächen auseinandersetzen und immer mehr Klarheit darüber erlangen, welche Fort- und Weiterbildungen sie „präventiv“ benötigen, um auf die Anforderungen eines Qualitätsmanagements der Praxis gut vorbereitet zu sein. Zur individuellen Basisqualifikation erscheinen nach bisherigen Erfahrungen folgende Themenbereiche relevant:

- Grundlagen der Diagnostik (u.a. Beobachtung, einzelfallstatistische Auswertung),
- Praktische Übungskurse zum Umgang mit Testverfahren (inhaltlich nach Ausrichtung der Praxis),
- Methodik der Dokumentation,
- Methoden zur Zielerreichungsskalierung.

## 4.8 Schaffung dauerhafter Rahmenbedingungen

### 4.8.1 Die Rahmenbedingungen der Praxis – Rückmeldung im Teamgespräch

Ausgangsfrage dieses vierten Teamgesprächs ist: *„Welche Rahmenbedingungen sind dauerhaft für ein funktionierendes Qualitätsmanagement-System in dieser Praxis nötig?“*

Aufgrund der Analyse individueller Ausgangssituationen liegen Ergebnisse zu einzelnen Rahmenbedingungen der Institution zu Beginn der Konzepteinführung vor. Diese Rahmenbedingungen werden dem Team im Gespräch rückgemeldet. Innerhalb eines Portfolios werden Kernstärken, Kernschwächen, Nullstärken und Nullschwächen dargestellt und im Team konkretisiert (vgl. Kapitel 5.6.7).

Folgende Rahmenbedingungen bilden somit die Basis für das Teamgespräch:

- Organisatorische Rahmenbedingungen der Institution / Praxis
- Zugang zu einem Computer in der Institution / Praxis
- Auslastung der Institution / Praxis mit Patienten (Warteliste, ...)
- Eigener finanzieller Spielraum innerhalb der Institution / Praxis
- Handlungsspielraum während der Therapiedurchführung
- Umgang mit Standardsoftware
- Wissen über Tests und zum Umgang mit Testverfahren
- Wissen über einzelfallstatistische Auswertung von Therapieverläufen
- Durchführung von Dokumentation (allgemein, mit „Papierakten“, am Computer)
- Manuale zur Durchführung einzelner Maßnahmen (Elterngespräche, ...)
- Weiterbildung in Qualitätssicherung
- Durchführung von Fallbesprechungen
- Supervision des / der Teams
- Persönlicher Ansprechpartner zum Thema Qualitätssicherung (externe Betreuung)

- Ansprechpartner in Verbänden zum Thema Qualitätssicherung
- Mitarbeit in Arbeitsgemeinschaften
- Persönlicher Ansprechpartner zu allgemeiner Praxenorganisation (extern)

Die Dringlichkeit von Veränderungen wird durch eine Rangplatzdifferenz berechnet. Die einzelnen Handlungsbedarfe werden so schnell herauskristallisiert (vgl. Kapitel 5.6.7; siehe Anhang O).

#### 4.8.2 Rahmenbedingungen kollegial verändern

Die einzelnen Markierungen im Gesamtportfolio werden zur Diskussion gestellt. Innerhalb des Zeitrahmens können in der Regel nicht alle Rahmenbedingungen angesprochen werden. Viele Entscheidungen werden erst später in Bereichs- und Großteam-Besprechungen getroffen. Ziel dieses Teamgesprächs ist die Transparenz der Prioritäten für das weitere Vorgehen. Der Cut-Off für die Zuteilung der einzelnen Rahmenbedingungen zu den vier Portfoliokategorien (Kernschwächen etc.) wird ebenfalls im Team vorgenommen.

Außerdem können noch andere Kernschwächen im Verlauf der Einführungsphase auftaucht sein, die mit eingefügt werden können.

Mit dem vierten Teamgespräch wird die externe Beratung im Konzept INTAKE beendet. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wird abschließend Gelegenheit gegeben, bisherige Erfahrungen im Prozessverlauf zu reflektieren und zu beurteilen.

Als weitere Rahmenbedingung für ein dauerhaftes internes Qualitätsmanagement wird hier vorgeschlagen, die Praxis jährlich einem Selbstbewertungsprozess zu unterziehen. Da bislang noch kein solches System in einzelnen Praxen eingeführt wurde, wird die Vorgehensweise hypothetisch im abschließenden Unterkapitel erläutert.

### 4.8.3 Das Selbstbewertungssystem für die ergotherapeutische Praxis

*„Die Selbstbewertung ist eine umfassende, regelmäßige und systematische Überprüfung von Tätigkeiten und Ergebnissen eines Unternehmens (...).“*

(European Foundation for Quality Management (EFQM), 1995, S.5)

Die Abbildung 38 zeigt den Ablauf eines Selbstbewertungsprozesses<sup>5</sup> in Anlehnung an Richtlinien für Unternehmen von der EFQM (1995).

Im Sinne einer systemverträglichen Organisationsentwicklung erscheint es sinnvoll, über ein Selbstbewertungssystem, das interne Qualitätsmanagement weiterzuentwickeln. Dabei stellt sich beim hier untersuchten Feld zu Beginn die Frage mit welchen Bewertungsbereichen ein Selbstbewertungssystem aufgebaut werden soll. Nachdem man sich auf einzelne Bereiche im Team geeinigt hat, müssen aus diesen realistische Standards entwickelt und formuliert werden, die dann als Grundlage des Selbstbewertungsprozesses dienen. Ein Selbstbewertungssystem besteht aus einzelnen Bewertungsbereichen. Für jeden Bereich werden Fragen formuliert und Qualitätsstandards erarbeitet. Aufgrund der Beantwortung dieser Fragen wird beurteilt, inwieweit die definierten Qualitätsstandards in der einzelnen ergotherapeutischen Praxis erfüllt werden. Mit einem solchen System können ergotherapeutische Praxen eine Standortbestimmung der einzelnen Praxis vornehmen, und wo nötig, Veränderungen und Anpassungen vornehmen.

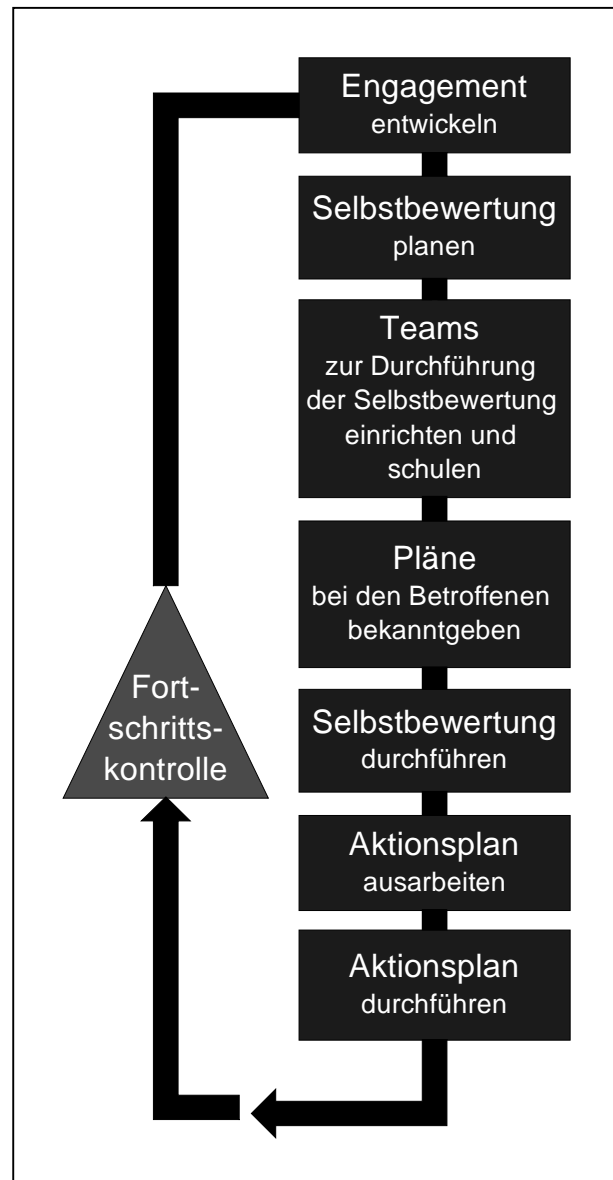


Abb.38: Ablauf eines Selbstbewertungsprozesses (in Anlehnung an Richtlinien für Unternehmen von der EFQM, 1995).

<sup>5</sup> Die Entwicklung eines Selbstbewertungssystems für ergotherapeutische Praxen ist nicht Teil dieser Arbeit. Als Ausblick sollen aber zumindest mögliche Elemente und Beispielfragen dargestellt werden.

Einige Bewertungsbereiche werden beispielhaft in Tabelle 11 dargestellt (in Anlehnung an EFQM, 1995).

Tab. 11: Definierte Bewertungsbereiche für ein Selbstbewertungssystem einer ergotherapeutischen Praxis (in Anlehnung an EFQM, 1995)

<b>Bewertungsbereiche</b>	<b>Definition</b>
Strategische Ausrichtung der Praxis	Formulierung, Bekanntmachung, Umsetzung und Überprüfung der Ziele und Maßnahmen der ergotherapeutischen Praxis.
Ausstattung der Praxis	Materiell-technische Rahmenbedingungen, die Voraussetzung für die Durchführung ergotherapeutischer Tätigkeiten sind.
Organisatorische Prozesse	Alle Maßnahmen, die dazu dienen, die Arbeitsorganisation und die Arbeitsabläufe zu identifizieren, zu organisieren, zu überprüfen und zu verbessern.
Personalführung	Alle Maßnahmen, die darauf abzielen, die Kenntnisse und Fähigkeiten der Mitarbeiter in Einklang mit der Zielsetzung der ergotherapeutischen Praxis zu fördern und zu nutzen.
Therapieprozess	Alle Maßnahmen, um den individuellen Therapiebedarf beim Patienten systematisch zu ermitteln, die Therapie angemessen durchzuführen und zu dokumentieren.
Mitarbeiterzufriedenheit	Rahmenbedingungen und Maßnahmen, um die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit ihrer Arbeit zu fördern.
Informationspolitik	Alle Maßnahmen, die einen kontinuierlichen Informationsfluß zwischen der Praxis, seinen Mitarbeitern, den Patienten, anderen Kundengruppen und der Öffentlichkeit sichern.
Kundenzufriedenheit	Rahmenbedingungen und Maßnahmen, um die Zufriedenheit der Patienten, deren Angehörigen und anderen Kunden zu ermitteln und zu fördern.

Zur Konzeption des Selbstbewertungssystems wird nun ähnlich vorgegangen, wie bei der Entwicklung eines Dokumentationssystems zur kollegialen Erfolgskontrolle (vgl. Kapitel 4.5.2). Die relevanten Merkmale (hier als „Bereiche“ bezeichnet) können im Teamgespräch zusammengestellt werden. So entsteht ein Katalog mit definierten Merkmalen zur Selbstbewertung. Um eine Selbstbewertung vornehmen zu können, werden Fragen zu den einzelnen Bereichen formuliert und die Einzelfragen werden mit einer geeigneten Bewertungsskala hinterlegt, deren Skalenpunkte für eine Einstufung benannt werden. Nun werden die Einzelmerkmale bzw. Fragen zu Profilen zusammengestellt und erprobt.

Aus der Selbstbewertung können Stärken und Verbesserungsbereiche abgeleitet werden. Dies kann schließlich zu Veränderungsvorschlägen führen, die im Team besprochen werden und so dauerhafter Qualitätsverbesserungen ermöglichen können. Da Qualitätsverbesserungen in der Regel Kosten verursachen, muss die Leitung letztendlich über die Bereitstellung der Ressourcen entscheiden. Einzelne Elemente, zugehörige Fragen und formulierte Qualitätsstandards sind beispielhaft im Anhang F aufgeführt.

## 5 INTAKE – empirische Forschungsergebnisse

### 5.1 Spezifikation der empirischen Forschung

Im Kapitel 3 wurde INTAKE als Konzept für die ergotherapeutische Praxis vorgestellt und inhaltlich begründet, warum es sich um eine dem Feld angemessene Strategie der Einführung eines QM-Systems handelt. Die Methoden und Interventionen der konkreten Vorgehensweise wurden in Kapitel 4 erläutert. Nachdem INTAKE konzipiert war, wurde mit der praktischen Erprobung begonnen.

Der Gestaltungsprozess vor Ort stand dabei im Mittelpunkt der Erprobung. Die entwickelten Erhebungsinstrumente und die Erhebung selbst traten in den Hintergrund, boten allerdings im Verlauf Anhaltspunkte zur Diskussion und Auseinandersetzung in den Teams.

#### 5.1.1 Forschungsziele

Die empirische Forschung im Zusammenhang mit dieser Arbeit verfolgt eine Reihe von Zielen. So soll die einzelne Ergotherapeutin, ob nun Mitarbeiterin oder Inhaberin Vergleichsmöglichkeiten zur Beurteilung der eigenen Praxis an die Hand bekommen. Die praktische Erprobung ist noch nicht weit vorangeschritten. Bislang besteht die Möglichkeit, erste Anhaltspunkte aufgrund benannter Stärken und Schwächen durch die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten darzustellen.

Ein primäres Ziel ist es, das zugrunde gelegte Fokussierungs-Prozess-Modell in seiner praktischen Anwendung empirisch zu prüfen und die Qualität der Erhebungsinstrumente zu dokumentieren. Ein weiteres Ziel ist die Beschreibung und Analyse der persönlichen Arbeitssituation und die Beurteilung von Qualitätssicherung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ergotherapeutischer Praxen. Die Besonderheiten der Arbeitssituation sollen herausgearbeitet werden, u.a. um demjenigen, der in einem solchen Setting Veränderungsprozesse anregen und begleiten möchte, Hinweise zur Ausgangssituation zu geben.

#### 5.1.2 Untersuchungseinheiten

Das Konzept INTAKE wurde bislang in wenigen Einzelpraxen in Teilen erprobt. Für die Gesamtdurchführung erscheint ein Zeitraum von mindestens einem Jahr erforderlich. Die Betreuungskapazitäten waren bislang sowohl personell wie materiell nicht gegeben, um das Konzept in einer größeren Anzahl von Praxen zu begleiten und im Einzelfall aussagekräftig zu analysieren. Aus diesem Grund wurden keine Fallstudien durchgeführt, die bei vergleichbaren Projekten mit neuen Konzepten durchaus angezeigt wären und bei zukünftigen Forschungsaktivitäten auch durchgeführt werden sollten. Als Untersuchungseinheit wurde nicht die einzelne Praxis, sondern das Individuum in der Praxis gewählt.

### 5.1.3 Forschungsmethoden

Bislang existieren empirische Daten zur „*Diagnose IST*“ (vgl. Kapitel 4.1) im Konzept INTAKE, so dass eine Analyse individueller Ausgangssituationen vorgenommen und zu einer Gesamtstichprobe verdichtet wurde. Es werden Aussagen über den Einzelfall hinaus gemacht, wobei Vergleiche zwischen einzelnen Praxen nicht vorgenommen werden, da die Zahl kompletter Datensätze aus einzelnen Praxen nicht ausreichte.

Es wurden Mitarbeiterbefragungen im Organisationsentwicklungsprozess innerhalb einzelner Praxen und Befragungen von Fortbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmern durchgeführt.

## 5.2 Die Qualität der Analyseinstrumente

Zur „*Diagnose IST*“ wurde ein umfassendes Fragebogeninventar konzipiert, das zur Analyse individueller Ausgangssituationen genutzt wurde. Im Verlauf des Beratungsprozesses wurden die Ergebnisse der Befragung in den einzelnen Teamgesprächen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter rückgemeldet und als Grundlage der Erarbeitung des QM-Systems benutzt.

Außerdem wurde zur Analyse von Kriterien einer internalen Qualitätsorientierung im Rahmen einer Diplomarbeit von Selck (2000) ein Reflexionsinstrument zur Erhebung persönlicher Anforderungen entwickelt, das hier an ergotherapeutische Tätigkeiten adaptiert wurde. Dieses Instrument diente im empirischen Teil zur Operationalisierung des Fokussierungs-Prozess-Modells in der praktischen Anwendung.

### 5.2.1 Instrument zur Reflexion über Qualitätsmerkmale der Tätigkeit

Wichtig bei der Konzeption des Reflexionsinstrumentes erschienen die Anwendbarkeit und der Anregungsgehalt bei der Durchführung. Schließlich diente es zum Einstieg in die persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema „*Qualität der eigenen Tätigkeit*“. Die schriftlichen Instruktionen (siehe Anhang B) wurden gut verstanden, und nahezu alle Teilnehmenden waren ohne weitere Erklärung in der Lage, die gesamte Reflexion durchzuführen.

Ein solches mitarbeiterzentriertes Vorgehen machte alle Betroffenen von vornherein zu Beteiligten und somit zu „Experten“ ihrer eigenen Tätigkeit. Die Interessengruppe (vgl. Kapitel 3.2.3) war somit festgelegt, indem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Maßstäbe festlegten, da sie auch die Qualitätssicherung betrieben. Per Augenschein ergab sich so die inhaltliche Validität des Instrumentes.

Mithilfe des Instrumentes konnten freie Assoziationen im Sinne eines Assoziationsgeflechtes (vgl. Kapitel 4.2.2) erhoben werden. Das Ziel der Erfassung lag vor allem in der praktischen Relevanz im Prozess. Auf die Ermittlung formaler Gütekriterien wurde bislang verzichtet. Zum jetzigen Zeitpunkt kann daher die Frage nicht beantwortet werden, ob solche Kriterien

zeitstabil vorhanden sind und somit beständig erfasst werden könnten oder ob sich die einzelnen Assoziationen bei Wiederholung verändern. Außerdem ist ungeklärt, ob die Einschätzung der Zentralität und individuellen Ausprägungsstärke bei Wiederholung reliabel erscheint.

Beim Qualitätsmanagement, wie es zur Zeit betrieben wird und für das hier beschriebene Feld bislang auch angemessen erscheint, werden in erster Linie kollegiale Festlegungen über Kriterien der Qualität und ihre Ausprägungsgrade getroffen und weniger überdauernd reliable Kriterien empirisch ermittelt, auch, wenn dies in vielen Fällen hilfreich wäre.

Die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern assoziierten Kriterien waren daher im Einführungsprozess ein erster Versuch der Festlegung innerhalb der Praxen.

### 5.2.2 Fragebogen zur persönlichen Arbeitssituation in der ergotherapeutischen Praxis

Zur Dimensionsreduktion und Überprüfung der SALSA-Skalen (vgl. Kapitel 4.1.2; Tabelle 6; Anhang C) wurde eine Faktorenanalyse über die einzelnen Fragebogenitems (B1 – B45) gerechnet. Die Hauptkomponentenmethode diente dabei als Extraktionsmethode, Varimax mit Kaiser-Normalisierung als Rotationsmethode. Bei Extraktion anhand der Eigenwerte  $> 1$  ergab sich eine rotierte Komponentenmatrix mit 13 Faktoren. Es zeigte sich, dass die Faktoren 9 – 13 nur von wenigen Einzelitems gebildet wurden.

Daraufhin wurde die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren auf 8 festgelegt. Abgesehen von den Items B31 und B41 war eine eindeutige Zuordnung zu einem der acht Faktoren möglich. Einzelne Items hatten in etwa gleich hohe Ladungen auf mehreren Faktoren. Ihre Zuordnung geschah in diesen Fällen aufgrund inhaltlicher Kriterien.

Die von Rimann & Udris (1997) gefundene Faktorenstruktur konnte in diesem Datensatz nicht bestätigt werden; dort wurden doppelt so viele Faktoren extrahiert und einzelne Items bildeten ganze Skalen (vgl. Tabelle 9; Anhang C). Das salutogenetische Modell konnte ebenfalls nur unzureichend bestätigt werden. Aufgrund der z.T. erheblich geringeren internen Konsistenzen im Vergleich zu Rimann & Udris (1997; vgl. Anhang I) wurde eine andere Faktorenstruktur gebildet (siehe Anhang J).

Anhand interner Konsistenzen (Cronbachs  $\alpha$ ) konnten die Skalenreliabilitäten (vgl. Anhang J) abgeschätzt werden.

Es ergab sich für die Skala „*Verhalten der Leitung*“ eine gute Zuverlässigkeit. Für die Skalen „*Arbeitsklima in der ergotherapeutischen Praxis*“, „*Positives Sozialklima*“ und „*Ganzheitlichkeit der Aufgaben*“ ergaben sich zufriedenstellende Reliabilitätswerte.

Die Skalen „*Passung von Arbeitsaufgaben und persönlichen Fähigkeiten*“, „*Überforderung durch die Arbeitsaufgaben*“, „*Qualifikationsanforderungen an die Arbeitstätigkeit*“ und „*Handlungsspielraum für persönliche und private Dinge*“ wiesen niedrige interne Konsistenzen auf.

Vom generellen Niveau zeigten sich vergleichbare Kennwerte wie in der Darstellung von Rimann & Udris (1997).

Aufgrund der Ergebnisse der Faktorenanalyse wurden acht Mittelwertsindizes berechnet, um Zusammenhänge zur Beurteilung von Qualitätssicherung in der Praxis heraus arbeiten zu können.

Die Skalen „*Verhalten der Leitung*“, „*Arbeitsklima in der ergotherapeutischen Praxis*“, „*Ganzheitlichkeit der Aufgabe*“ und „*Handlungsspielraum für persönliche und private Dinge*“ korrelierten hoch signifikant miteinander (vgl. Anhang L2).

Aus den Einzelitems des Teiles C („*Belastungen durch ‚äußere‘ Tätigkeitsbedingungen*“) wurde ein Belastungsindex (C\_Skala) gebildet, dessen interne Konsistenz mit  $r=0,70$  durchaus zufriedenstellend war.

Neben dem positiven Sozialklima (B\_Fakt\_3) wurden, wie bei Rimann & Udris (1997) zwei Skalen zur sozialen Unterstützung gebildet. Die Skala „*soziale Unterstützung durch die Leitung*“ hatte eine interne Konsistenz von  $r=0,89$ ; die Skala „*soziale Unterstützung durch Arbeitskolleginnen und -kollegen*“ eine interne Konsistenz von  $r=0,86$ , vergleichbar mit den im SALSA benannten Skalen.

Tab. 12: Merkmalsbereiche, Skalenbezeichnungen, Zahl der Items und interne Konsistenz der INTAKE-Skalen

Merkmalsbereich	Skalenbezeichnung	Zahl der Items	Cronbachs $\alpha$
Aufgabencharakteristika	Anforderungen und Potentiale der Tätigkeit (B_Fakt_5)	9	0,76
Arbeitsbelastungen	Überforderung durch die Arbeitsaufgaben (qualitativ und quantitativ) (B_Fakt_6)	5	0,63
	Fehlende Passung von Arbeitsaufgaben und persönlichen Fähigkeiten (B_Fakt_4)	5	0,68
	Belastendes Sozialklima (Kolleginnen / Kollegen) (B_Fakt_2)	5	0,79
	Belastungen durch „äußere“ Tätigkeitsbedingungen (C_Skala)	10	0,70
Organisationale Ressourcen	Gestaltungsspielraum für persönliche und private Dinge bei der Arbeit (B_Fakt_7)	3	0,57
Soziale Ressourcen	Positives Sozialklima (B_Fakt_3)	4	0,77
	Mitarbeiterorientiertes Leiterverhalten (B_Fakt_1)	8	0,87
	Soziale Unterstützung durch die Leitung (D_Fakt_L)	3	0,89
	Soziale Unterstützung durch Arbeitskolleginnen und -kollegen (D_Fakt_K)	3	0,86



### 5.2.3 Wirkungen der Qualitätssicherung

Zur Erfassung von Einstellungen zu Wirkungen und Einflüssen von Qualitätssicherungsmaßnahmen wurden Items aus einem Fragebogen von Lutz (1997) übernommen bzw. adaptiert (vgl. Anhang D). Insgesamt gingen 30 Items in die Auswertung ein. Zur Dimensionsreduktion wurde anhand der Daten aller Fragebogenitems (Q1 – Q30) wiederum eine Faktorenanalyse gerechnet. Die Hauptkomponentenmethode diente dabei als Extraktionsmethode, Varimax mit Kaiser-Normalisierung als Rotationsmethode. Bei Extraktion anhand der Eigenwerte  $> 1$  ergab sich eine rotierte Komponentenmatrix mit 7 Faktoren, wobei die Komponenten 6 und 7 durch ein einzelnes Item repräsentiert wurden. Einzelne Items hatten in etwa gleich hohe Ladungen auf mehreren Faktoren. Ihre Zuordnung geschah in diesen Fällen aufgrund inhaltlicher Kriterien.

Die Reliabilität wurde anhand der internen Konsistenz (Cronbachs  $\alpha$ ) der Skalen eingeschätzt (vgl. Anhang K). Es ergaben sich mit Ausnahme des Faktors „Zielorientierung“ ( $r=0,53$ ) für subjektive Einschätzungen durchweg zufriedenstellende bis gute interne Konsistenzen ( $r=0,75$  –  $r=0,84$ ).

Aufgrund der Ergebnisse der Faktorenanalyse wurden fünf Mittelwertsindizes berechnet, um Zusammenhänge mit der persönlichen Arbeitssituation in der Praxis heraus arbeiten zu können.

Die einzelnen Skalen waren nicht unabhängig voneinander (vgl. Anhang L1). Sie korrelierten z.T. recht hoch miteinander, so dass sich auch die Berechnung eines Gesamtwertes anbot (Interne Konsistenz der Gesamtskala:  $r=0,78$ ).

### 5.2.4 Die Rahmenbedingungen der Institution

Zur Erfassung der Rahmenbedingungen in der Praxis wurden 18 Bereiche vorgegeben, die in „Wichtigkeit“ und „Zufriedenheit“ eingeschätzt werden sollten. Die Items stammten aus einer moderierten Ideensammlung mit Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (vgl. Kapitel 4.1.3), so dass auch hier die inhaltliche Validität per Augenschein gegeben war.

Zur Überprüfung der Zweidimensionalität wurde eine Faktorenanalyse mit fester Faktorenvorgabe gerechnet. Die Hauptkomponentenmethode diente dabei als Extraktionsmethode, Varimax mit Kaiser-Normalisierung als Rotationsmethode (Ergebnistabellen: Anhang M).

Aufgrund der zufriedenstellenden internen Konsistenz von jeweils  $r=0,78$  wurde ein „Wichtigkeitsindex“ (R\_Fakt\_W) und ein „Zufriedenheitsindex“ (R\_Fakt\_Z) gebildet. Die beiden Skalen konnten aufgrund der Faktorenanalyse und ihrer geringen Interkorrelationen als unabhängig voneinander betrachtet werden ( $r_p=-0,028$ ;  $p=0,662$ ,  $N=253$ ). Die Annahme normalverteilter Skalenwerte wurde bestätigt (R\_Fakt\_W: Kolmogorov-Smirnov-Z = 0,557,  $p=0,915$ ; R\_Fakt\_Z: Kolmogorov-Smirnov-Z = 0,641,  $p=0,806$ ).

### 5.2.5 Die Dokumentationsunterlagen der Institution

Es wurden 15 Items zu Dokumentationsunterlagen der Praxis im Fragebogen zur Einschätzung auf zwei Skalen vorgelegt. Die moderierte Ideenfindung in drei Phasen (vgl. Kapitel 4.1.3), die zur Ermittlung der Einzelitems durchgeführt wurde, erschien als inhaltliche Validierung für die Zwecke der Konzeptentwicklung angemessen.

Zur Einschätzung des Standardisierungsgrades wurde eine nominale fünfstufige Skala vorgegeben, zur Einschätzung, wie gut das einzelne Dokumentationsinstrument dazu geeignet schien, die Therapie bzw. die Therapieergebnisse transparent zu machen, wurde eine fünfstufige Likert-Skala vorgegeben (Ergebnistabellen: Anhang P).

Aufgrund der zufriedenstellenden internen Konsistenz ( $r=0,81$ ) wurde ein „*Transparenzindex*“ (D\_Fakt\_T) gebildet. Die Annahme normalverteilter Skalenwerte wurde auch hier bestätigt.

### 5.3 Die Datenbasis

Während der Konzeptions- und Umsetzungsphase von INTAKE bestand zu über 300 Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Logopäden Kontakt. Die hier analysierte Gesamtstichprobe besteht aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vor Ort in ergotherapeutischen Einzel-, Gemeinschaftspraxen und Praxengemeinschaften, sowie Fortbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmern. Da als Untersuchungseinheit nicht die einzelne Praxis gewählt wurde, sondern das Individuum in der Praxis und sich zwischen den beiden Gruppen (Praxenmitarbeiterinnen vs Fortbildungsteilnehmerinnen) keine signifikanten Unterschiede ergaben (abgesehen von einer signifikant erhöhten Anzahl von Leiterinnen und Leitern in den Fortbildungsveranstaltungen), wurden die beiden Stichproben nicht getrennt ausgewertet, sondern in ihrer Gesamtheit.

Bei der Gruppe der Fortbildungsteilnehmerinnen handelte es sich ausschließlich um examinierte Ergotherapeutinnen, die in einer ergotherapeutischen Praxis beschäftigt waren.

Bei allen folgenden Ergebnissen wird die leicht variierende Stichprobengröße jeweils angegeben, um fehlende Angaben zu kennzeichnen.

Die Befragten waren im Mittel 35,6 Jahre alt ( $s=6,9$ ;  $n=280$ ). 77% waren weiblich, 23% männlich ( $n=278$ ).

50,2% der Befragten leiteten eine ergotherapeutische Praxis, 49,8% waren in einer Praxis angestellt ( $n=273$ ). 96,1% hatten eine ergotherapeutische, 1,6% eine physiotherapeutische, 1,4% eine logopädische und 0,7% eine andere Ausbildung ( $n=280$ ). Die durchschnittliche Berufserfahrung betrug 8,5 Jahren ( $s=5,8$ ;  $n=270$ ), wobei die Befragten im Mittel seit 3,9 Jahren in der gegenwärtigen Arbeitsstelle tätig waren ( $s=3,2$ ;  $n=270$ ).

Die Praxengröße ließ sich durch die Anzahl an Kolleginnen und Kollegen abschätzen. Im Mittel hatte jede Befragte 6,2 Kolleginnen bzw. Kollegen ( $s=4,8$ ;  $n=267$ ).

Im bisherigen Fokus der Umsetzung von INTAKE waren demnach Praxengrößen, die aus Teams ab etwa fünf Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bestanden.

Zur Abschätzung der Erfahrung mit dem Thema Qualitätssicherung sollten drei Aussagen mit „Ja“ bzw. „Nein“ eingeschätzt werden (vgl. Tabelle 13).

Tab. 13: Individuelle Erfahrungen mit Qualitätssicherung

Erfahrung mit Qualitätssicherung	„Ja“	„Nein“	n
„Ich habe schon an Qualitätssicherungsmaßnahmen teilgenommen“	28,8%	71,2%	274
„Ich habe schon einmal an Qualitätszirkeln teilgenommen“	10,8%	89,2%	269
„Ich bin in einem Bereich tätig, der nach einem QM-System arbeitet“	6,7%	93,3%	267

Etwa ein Drittel der Befragten hatte bereits an Qualitätssicherungsmaßnahmen, etwa 10% an Qualitätszirkeln teilgenommen. Aufgrund dieser Aufteilung wurde nur die erste Aussage zu einer späteren Teilgruppenbildung genutzt (vgl. Kapitel 5.7.4).

Um den Einfluss weiterer Randbedingungen zu untersuchen, wurden Extremgruppen bei folgenden intervenierenden Variablen verglichen (vgl. Kapitel 5.7): *Alter, Geschlecht, Leitung, Berufserfahrung, Anzahl an Kollegen, Dauer der Tätigkeit in gegenwärtiger Arbeitsstelle*.

Von den 280 Befragten (N) waren insgesamt 265 Fragebögen zur Beurteilung von Qualitätssicherung in der Praxis auswertbar. Ein Ausschlusskriterium bildete die Zugehörigkeit zu einer anderen Berufsgruppe (z.B. Physiotherapie, Logopädie). Dies geschah ausschließlich aus dem Grund, da hier eine homogene Gruppe untersucht wurde. Interdisziplinäre Teams wurden bislang nicht berücksichtigt.

Alle Personen füllten den Fragebogen (C) aus, 107 von ihnen füllten zusätzlich den Fragebogen (B) aus; mit 98 Personen der Gesamtstichprobe wurde die Reflexion über Qualitätsmerkmale der Tätigkeit (A) durchgeführt (vgl. Tabelle 14).

Tab. 14: Die Datenbasis der Erhebungen

Erhebungsinstrument	Datenbasis	Bemerkungen
(A) Instrument zur Reflexion über Qualitätsmerkmale der Tätigkeit	n=98	Auswertbar: n=98, 60 LeiterInnen, 38 MitarbeiterInnen
(B) Fragebogen zur persönlichen Arbeitssituation in der ergotherapeutischen Praxis	n=107	Auswertbar: n=101, 50 LeiterInnen, 51 MitarbeiterInnen
(C) Fragebogen zur Beurteilung von Qualitätssicherung in der Praxis	n=280	Auswertbar: n=265, 132 LeiterInnen, 133 MitarbeiterInnen

## 5.4 Reflexion über Qualitätsmerkmale der Tätigkeit

Als einführende Operationalisierung der „*internen Qualitätsorientierung*“ wurde eine Reflexion über Qualitätsmerkmale der Tätigkeit von 98 Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten durchgeführt. Insgesamt wurden dabei 1659 Qualitätselemente der eigenen Tätigkeit genannt. Im Mittel nannte jede Person demnach etwa 17 Elemente. Die maximale Anzahl wurde durch die Art des Vorgehens (vgl. Kapitel 5.2.2) mit beeinflusst.

Die Qualitätselemente wurden im Sinne des Fokussierungs-Prozess-Modells (vgl. Kapitel 2.7.3, Abbildung 11) inhaltlich zu Merkmalsklassen (4 Oberkategorien + Kategorie „*Sonstiges*“) gruppiert. Außerdem wurden zur genaueren Spezifikation 18 Unterkategorien gebildet (vgl. Anhang N). Insgesamt 34,5% der genannten Elemente wurden der Kategorie „*Individuum in der Praxis*“, 33,6% der Elemente der Kategorie „*Strukturen und Prozesse der Praxis*“, 19,3% der Elemente der Kategorie „*Arbeitsumfeld und Markt*“ und lediglich 2,6% der Elemente der Kategorie „*Umwelt*“ zugeordnet.

Da sämtliches Datenmaterial von den Ergotherapeutinnen im Anschluss an die Reflexion zu Auswertungszwecken zur Verfügung gestellt wurde, konnte zu jedem Merkmal der Rangplatz (Reihenfolge der einzelnen Assoziationen innerhalb der Reflexion), die Zentralität des Merkmals (operationalisiert über den Abstand des Klebepunktes zum Mittelpunkt des Kreises; vgl. Anhang B) und die individuelle Ausprägungsstärke ermittelt werden.

### 5.4.1 Die Reihenfolge der Assoziationen innerhalb der Reflexion

Unterstützt würde eine Forderung, die interne Qualitätsorientierung als Ausgangspunkt der Einführung eines Qualitätsmanagements zu nutzen, wenn Qualitätsmerkmale, die sich auf das Individuum in der Praxis beziehen, eher assoziiert würden als andere Merkmale. Zu diesem Zweck wurde die Reihung der Einzelmerkmale erhoben und ausgewertet. Es wurde der Kruskal-Wallis-Test gerechnet, die nichtparametrische Entsprechung der einfaktoriellen Varianzanalyse, der Unterschiede in der Lage der Verteilungen erkennen kann.

Es zeigte sich, dass Qualitätsmerkmale, die sich auf das Individuum in der Praxis bezogen, hoch signifikant eher assoziiert wurden als alle anderen Merkmalskategorien (vgl. Tabelle 15).

Tab. 15: Nichtparametrischer Test auf Unterschiede zwischen den vier verschiedenen Qualitätsmerkmalen, bezogen auf das Merkmal Reihung.

Qualitätsmerkmale	Mittl.Rang	Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests
Individuum in der Praxis	758,20	Chi-Quadrat: 20,744
Strukturen und Prozesse der Praxis	826,41	df: 3
Arbeitsumfeld und Markt	892,82	Asymptotische Signifikanz: p=0,000
Umwelt	986,02	

Anhand des Mann-Whitney-Tests wurden nun jeweils zwei Stichproben miteinander verglichen. Hierbei zeigte sich, dass Qualitätsmerkmale, die das „*Individuum in der Praxis*“ betrafen, signifikant eher assoziiert wurden, als solche, die die „*Strukturen und Prozesse der Praxis*“ betrafen ( $Z=-2,602$ ;  $p=0,009$ ), diese wurden wiederum eher assoziiert als Qualitätsmerkmale, die sich auf das „*Arbeitsumfeld und den Markt*“ bezogen ( $Z=-2,115$ ;  $p=0,034$ ). Qualitätsmerkmale, die sich auf die „*Umwelt*“ bezogen, konnten aufgrund ihrer geringen Anzahl ( $n=28$ ) nicht sinnvoll in die Berechnung mit einbezogen werden. Die Richtung wird aber durch den mittleren Rang deutlich (vgl. Tabelle 15).

Diese Ergebnisse stützen die obige Forderung nach einer anfänglichen Ausrichtung an der internalen Qualitätsorientierung.

#### 5.4.2 Die Zentralität der Qualitätsmerkmale

Ebenfalls unterstützt würde eine Forderung, die interne Qualitätsorientierung als Ausgangspunkt der Einführung eines Qualitätsmanagements zu nutzen, wenn Qualitätsmerkmale, die sich auf das Individuum in der Praxis beziehen, als zentraler für die Qualität der ergotherapeutischen Tätigkeit eingeschätzt würden als andere Qualitätsmerkmale. Zu diesem Zweck wurde die Zentralität der Einzelmerkmale erhoben und ausgewertet. Es wurde wiederum der Kruskal-Wallis-Test durchgeführt, um Unterschiede in der Lage der Verteilungen zu erkennen.

Es zeigte sich, dass Qualitätsmerkmale, die sich auf das Individuum in der Praxis bezogen, hoch signifikant zentraler eingeschätzt wurden als alle anderen Merkmalskategorien (vgl. Tabelle 16).

Tab. 16: Nichtparametrischer Test auf Unterschiede zwischen den vier verschiedenen Qualitätsmerkmalen, bezogen auf das Merkmal Zentralität.

Qualitätsmerkmale	Mittl.Rang	Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests
Individuum in der Praxis	713,92	Chi-Quadrat: 45,029
Strukturen und Prozesse der Praxis	869,56	df: 3
Arbeitsumfeld und Markt	869,72	Asymptotische Signifikanz: $p=0,000$
Umwelt	1019,69	

Anhand des Mann-Whitney-Tests wurden nun jeweils zwei Stichproben miteinander verglichen. Hierbei zeigte sich, dass Qualitätsmerkmale, die das „*Individuum in der Praxis*“ betrafen, signifikant zentraler eingeschätzt wurden als solche, die die „*Strukturen und Prozesse der Praxis*“ betrafen ( $Z=-5,955$ ;  $p=0,000$ ) bzw. sich auf das „*Arbeitsumfeld und den Markt*“ bezogen ( $Z=-4,668$ ;  $p=0,000$ ), ( $Z=-0,063$ ;  $p=0,950$ ). Qualitätsmerkmale, die sich auf die „*Umwelt*“ bezogen, konnten aufgrund ihrer geringen Anzahl ( $n=28$ ) nicht sinnvoll in die Berechnung mit einbezogen werden. Die Richtung wird aber durch den mittleren Rang deutlich (vgl.

Tabelle 16). Auch diese Ergebnisse stützen die obige Forderung nach einer anfänglichen Ausrichtung an der internalen Qualitätsorientierung.

### 5.4.3 Die individuelle Ausprägungsstärke der Qualitätsmerkmale

Die individuelle Ausprägungsstärke wurde ebenfalls in die Beurteilung der internalen Qualitätsorientierung mit einbezogen, da eine Forderung systemverträglicher Organisationsentwicklung darin besteht, bei den Stärken der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anzusetzen. So würde eine Forderung, die interne Qualitätsorientierung als Ausgangspunkt der Einführung eines Qualitätsmanagements zu nutzen unterstützt, wenn Qualitätsmerkmale, die sich auf das Individuum in der Praxis beziehen, als stärker ausgeprägt eingeschätzt würden als andere Merkmale.

Es wurde wiederum der Kruskal-Wallis-Test durchgeführt, um Unterschiede in der Lage der Verteilungen zu erkennen. Es zeigte sich, dass Qualitätsmerkmale, die sich auf das Individuum in der Praxis bezogen, hoch signifikant stärker ausgeprägt eingeschätzt wurden als alle anderen Merkmalskategorien (vgl. Tabelle 17).

Tab. 17: Nichtparametrischer Test auf Unterschiede zwischen den vier verschiedenen Qualitätsmerkmalen, bezogen auf das Merkmal Individuelle Ausprägungsstärke.

Qualitätsmerkmale	Mittl.Rang	Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests
Individuum in der Praxis	927,04	Chi-Quadrat: 73,761 df: 3 Asymptotische Signifikanz: p=0,000
Strukturen und Prozesse der Praxis	746,82	
Arbeitsumfeld und Markt	698,05	
Umwelt	774,11	

Anhand des Mann-Whitney-Tests wurden nun jeweils zwei Stichproben miteinander verglichen. Hierbei zeigte sich, dass Qualitätsmerkmale, die das „*Individuum in der Praxis*“ betrafen, in der Ausprägung signifikant höher eingeschätzt wurden als solche, die die „*Strukturen und Prozesse der Praxis*“ betrafen ( $Z=-7,216$ ;  $p=0,000$ ) bzw. sich auf das „*Arbeitsumfeld und den Markt*“ bezogen ( $Z=-7,524$ ;  $p=0,000$ ). Qualitätsmerkmale, die „*Strukturen und Prozesse der Praxis*“ betrafen, wurden allerdings nicht höher ausgeprägt eingeschätzt, als Merkmale, die sich auf das „*Arbeitsumfeld und den Markt*“ bezogen ( $Z=-1,542$ ;  $p=0,123$ ). Qualitätsmerkmale, die sich auf die „*Umwelt*“ bezogen, konnten aufgrund ihrer geringen Anzahl ( $n=28$ ) wiederum nicht sinnvoll in die Berechnung mit einbezogen werden. Die Richtung wird aber durch den mittleren Rang deutlich (vgl. Tabelle 17).

Auch diese Ergebnisse stützen die obige Forderung nach einer anfänglichen Ausrichtung an der internalen Qualitätsorientierung.

#### 5.4.4 Korrelative Zusammenhänge

Die drei oben analysierten Variablen sind nicht unabhängig voneinander (vgl. Tabelle 18), wobei die Korrelationen eher gering ausfielen, aber aufgrund der Stichprobengröße statistisch hoch signifikant wurden.

Qualitätsmerkmale, am Anfang der Reflexion assoziiert, wurden als zentraler eingeschätzt, als solche, die später assoziiert wurden.

Qualitätsmerkmale, am Anfang der Reflexion assoziiert, wurden als individuell stärker ausgeprägt eingeschätzt, als solche, die später assoziiert wurden.

Die Zentralität eines Qualitätsmerkmals hing signifikant mit der Individuellen Ausprägungsstärke zusammen. Je zentraler ein Merkmal eingeschätzt wurde, desto höher wurde später auch die individuelle Ausprägungsstärke eingeschätzt.

Tab. 18: Interkorrelationen der Variablen „Reihenfolge der Assoziationen innerhalb der Reflexion“ (REIHUNG), „Zentralität der Qualitätsmerkmale“ (ZENTRAL) und „Individuelle Ausprägungsstärke der Qualitätsmerkmale“ (INDIVID) (berechnet als Spearman-Rho)

		REIHUNG	ZENTRAL	INDIVID
REIHUNG	Korrelationskoeffizient	1,000	,126**	-,172**
	Sig. (2-seitig)	,	,000	,000
	N	1650	1649	1606
ZENTRAL	Korrelationskoeffizient	,126**	1,000	-,200**
	Sig. (2-seitig)	,000	,	,000
	N	1649	1649	1605
INDIVID	Korrelationskoeffizient	-,172**	-,200**	1,000
	Sig. (2-seitig)	,000	,000	,
	N	1606	1605	1615

\*\* . Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant (2-seitig).

## 5.5 Persönliche Arbeitssituation in der ergotherapeutischen Praxis

Zur Einschätzung der persönlichen Arbeitssituation fanden Items aus dem Fragebogen „SALSA“ von Rimann und Udris (1997) Anwendung. Die 5fach gestufte Likert-Skalierung hatte zweifach verbale Schätzskalen („fast nie / trifft überhaupt nicht zu“; „selten / trifft eher nicht zu“; „manchmal / teils-teils“; „oft / trifft eher zu“; „fast immer / trifft völlig zu“), so dass aufgrund des Mittelwertes der Skalen auch eine qualitative Aussage möglich war.

Die Merkmalsbereiche wurden in ihrer Gesamtheit aufgrund der Itemstatistik (vgl. Anhang I), Ergebnissen einer Faktorenanalyse (vgl. Anhang G) und inhaltlicher Überlegungen nicht übernommen. Die Einzelitems wurden zum überwiegenden Teil zu neuen Skalen zusammengesetzt.

Die persönliche Arbeitssituation in der ergotherapeutischen Praxis wurde durch die folgende Merkmalsbereiche charakterisiert:

- *Subjektive Einschätzung der Aufgabencharakteristika* (Anforderungen und Potentiale der Tätigkeit);
- *Erlebte Arbeitsbelastungen* (Überforderung durch die Arbeitsaufgaben, fehlende Passung von Arbeitsaufgaben und persönlichen Fähigkeiten, belastendes Sozialklima, Belastungen durch „äußere“ Tätigkeitsbedingungen);
- *Organisationale Ressourcen* (Gestaltungsspielraum für persönliche und private Dinge bei der Arbeit);
- *Soziale Ressourcen* (Positives Sozialklima, mitarbeiterorientiertes Leiterverhalten, soziale Unterstützung durch die Leitung, soziale Unterstützung durch Arbeitskolleginnen und -kollegen).

### 5.5.1 Aufgabencharakteristika ergotherapeutischer Tätigkeiten

Im Mittel wurden die Anforderungen an die Tätigkeiten von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wie folgt beschrieben: Sehr wichtig sei eine gründliche Ausbildung ( $M=4,66$ ,  $s=0,50$ ;  $n=101$ ). Außerdem müsse die Mitarbeiterin in der Lage sein, häufig selbstständig Entscheidungen zu treffen ( $M=4,69$ ,  $s=0,60$ ;  $n=100$ ). Die Arbeit erfordere zudem große Verantwortung ( $M=4,52$ ,  $s=0,74$ ;  $n=101$ ).

Im Mittel wurden die Potentiale der Tätigkeiten folgendermaßen eingeschätzt: Die Aufgaben innerhalb der ergotherapeutischen Tätigkeiten wurden in hohem Maße „ganzheitlich“ eingestuft, d.h. bei der Arbeit könne eine Aufgabe vollständig von Beginn bis zum Ende mit einem erkennbaren Ergebnis erledigt werden ( $M=3,90$ ,  $s=0,71$ ;  $n=97$ ), die Arbeit sei demnach nicht zerstückelt und man erledige nicht nur kleine Teilaufgaben ( $M=4,14$ ,  $s=0,84$ ;  $n=101$ ). Ergotherapeutische Tätigkeiten erlauben es, häufig eigene Entscheidungen zu treffen ( $M=4,24$ ,  $s=0,67$ ;  $n=100$ ) und seien sehr abwechslungsreich ( $M=4,38$ ,  $s=0,62$ ;  $n=86$ ), man könne oft Neues dazulernen ( $M=4,49$ ,  $s=0,72$ ;  $n=101$ ). Zudem könne man sich seine Arbeit meistens selbstständig einteilen ( $M=4,25$ ;  $s=0,78$ ,  $n=100$ ).



Die Anforderungen und Potentiale der Tätigkeit hingen hoch signifikant mit der Passung von Arbeitsaufgaben und persönlichen Fähigkeiten zusammen ( $r=-0,39$ ,  $p=0,000$ ,  $n=101$ ).

Wurden die Nutzung individueller Fähigkeiten gering eingeschätzt, wurden auch die Potentiale der Tätigkeiten in der gleichen Richtung beurteilt.

Die Aufgabencharakteristika hingen außerdem hoch signifikant mit dem Verhalten der Leitung zusammen ( $r=0,33$ ,  $p=0,001$ ;  $n=100$ ). War die Leiterin der Angestellten bei der Arbeit zugänglich, ging sie respektvoll und fair mit ihr um und gab Feedback über die geleistete Arbeit, wurden die Potentiale der Tätigkeit (vor allem, die Möglichkeit, eigene Entscheidungen zu treffen und immer etwas Neues dazuzulernen) höher eingeschätzt, als bei einem mitarbeiterorientierten Leiterverhalten geringer Ausprägung.

### 5.5.2 Arbeitsbelastungen

Wurden die Arbeitsaufgaben subjektiv als quantitativ „überfordernd“ eingeschätzt, hing dies hoch signifikant mit einer fehlenden Passung zwischen Arbeitsaufgaben und persönlichen Fähigkeiten zusammen ( $r=0,33$ ,  $p=0,001$ ;  $n=101$ ). Eine quantitative Überforderung (operationalisiert über: „*Es gibt soviel zu tun, dass es einem über den Kopf wächst*“, B12) korrelierte hoch signifikant mit fehlender Passung von Arbeitsaufgaben und persönlichen Fähigkeiten (operationalisiert über: „*Bei dieser Arbeit kommen meine Fähigkeiten zu wenig zum Zuge*“, B7).

Die fehlende Passung zwischen Arbeitsaufgaben und persönlichen Fähigkeiten hing außerdem mit belastendem Sozialklima in der ergotherapeutischen Praxis zusammen. Wer oft mit „*Leuten zusammenarbeiten muss, die keinen Spaß verstehen*“ (B14R), sah selten „*Gelegenheit Dinge zu tun, die man gut beherrscht*“ (B16;  $r=-0,48$ ,  $p=0,000$ ;  $n=99$ ) und hatte häufig „*das Gefühl, mehr zu können, als von einem verlangt wird*“ (B25;  $r=-0,42$ ,  $p=0,000$ ;  $n=100$ ). Ähnliche Zusammenhänge fanden sich bei Personen, die angaben, dass es „*häufig Spannungen am Arbeitsplatz gebe*“ (B30R). Auch hier wurde die Passung zwischen Arbeitsaufgaben und persönlichen Fähigkeiten eher gering eingeschätzt.

Es zeigte sich ein hoch signifikant negativer Zusammenhang zwischen belastendem Sozialklima und mitarbeiterorientiertem Leiterverhalten ( $r=-0,41$ ,  $p=0,000$ ;  $n=100$ ). Wer angab, dass die Arbeit häufig durch „*die Anweisungen der Leiterin bzw. des Leiters erschwert wird*“ (B28R), meinte auch eher, dass „*die Leiterin bzw. der Leiter einen ungerecht behandelt*“ (B35R;  $r=0,60$ ,  $p=0,000$ ;  $n=76$ ) und äußerte, dass, „*wenn ein Fehler passiert, der Leiter bzw. die Leiterin ihn immer bei uns findet, nie bei sich*“ (B22R;  $r=-0,46$ ,  $p=0,000$ ;  $n=76$ ).

Wer angab, dass es „*häufig Spannungen am Arbeitsplatz gibt*“ (B30R), meinte ebenfalls, dass „*man nur selten bei wichtigen Dingen in der Praxis mitreden und mitentscheiden kann*“ (B42;  $r=0,44$ ,  $p=0,000$ ;  $n=83$ ) und, dass „*der Leiter bzw. die Leiterin dem, was man sagt selten Beachtung schenkt*“ (B44;  $r=0,47$ ,  $p=0,000$ ;  $n=78$ ).

Tab. 19: Rangreihe der Belastungen durch „äußere“ Tätigkeitsbedingungen in ergotherapeutischen Praxen

Belastung am Arbeitsplatz (Rangplatz)	Item-Nr.	Mittelwert	Stand.abw.	n
(1) Zeitdruck bei der Arbeit	C55	3,67	1,17	101
(2) Lärm	C46	2,90	1,20	101
(3) Unangenehme Temperatur	C48	2,52	1,15	101
(4) Mangelhafte technische Geräte / ...	C50	2,47	1,20	101
(5) Ungünstige Beleuchtung	C47	2,34	1,08	100
(6) Wartezeiten	C49	2,20	1,02	100
(7) Arbeitshaltung (viel Sitzen, Stehen, ...)	C54	2,10	1,15	99
(8) Schichtarbeit oder ungünstige Arbeitszeiten	C53	1,89	1,15	100
(9) Lange am Bildschirm arbeiten	C51	1,53	0,76	101
(10) Klimaanlage (Zugluft, Geräusche etc.)	C52	1,47	0,88	101

Die subjektive Stärkeeinschätzung der Belastungen durch einzelne, „äußere“ Tätigkeitsbedingungen variierte relativ stark (vgl. Tabelle 19).

Es bestand ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen der subjektiven Einschätzung der Belastungen durch „äußere“ Tätigkeitsbedingungen (C\_Skala, u.a. zusammengesetzt aus folgenden potentiellen Belastungsfaktoren: Lärm, ungünstige Beleuchtung, Wartezeiten, mangelhafte Arbeitsmittel, ungünstige Arbeitszeiten, Arbeitshaltung, Zeitdruck) und allen anderen hier erfassten Merkmalsbereichen der Arbeitstätigkeit.

Um die Aussagekraft der erhobenen Belastungen zu erhöhen, wurde ein multiples Regressionsmodell entwickelt, das die einzelnen Belastungen als unabhängige Variablen und die „Überforderung durch die Arbeitsaufgaben“ (B\_Fakt\_6) als abhängige Variable umfasste. Mittels schrittweiser Regression war es möglich, die wesentlichen Variablen zu extrahieren und ihren Beitrag zur Vorhersage der abhängigen Variablen zu ermitteln. Das ökonomischste Modell umfasst lediglich die Belastung „Zeitdruck bei der Arbeit“ zur Vorhersage der Überforderung. Alle anderen Belastungen wurden als wenig bedeutsam eliminiert. Das Modell erklärt etwa 18% der Varianz der abhängigen Variable. Die multiple Korrelation zwischen den zwei Variablen beträgt  $R=0,425$ , der Standardschätzfehler beträgt 0,274. Dieses einfache Modell leistet insgesamt einen hoch signifikanten Beitrag zur Erklärung der „Überforderung durch die Arbeitsaufgaben“ ( $F_{1\ 278}=61,433$ ,  $p<0,001$ ). Auch wenn der überwiegende Teil der Einflüsse im Fragebogen nicht erfasst wurde, sollte „Zeitdruck bei der Arbeit“ als wesentliche subjektive Belastung im Arbeitsalltag der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Beachtung finden. Sie hatte mit deutlichem Abstand die subjektiv höchste Belastungsstärke, auch wenn sie insgesamt als „mittel“-stark ausgeprägt beurteilt wurde.

Die Arbeitsbelastung „Lärm“ (C46) hing in erster Linie mit „dem Gestaltungsspielraum für persönliche und private Dinge bei der Arbeit“ (B\_Fakt\_7;  $r=-0,26$ ,  $p=0,008$ ;  $n=101$ ) zusammen. Je größer diese organisationale Ressource eingeschätzt wurde, desto geringer wurde die Lärmbelastung beurteilt.

Die Belastung „unangenehme Temperaturen“ (C48) erschien unabhängig von allen anderen hier erfassten Merkmalsbereichen der Arbeitstätigkeit.

Die Arbeitsbelastung „mangelhafte technische Geräte / Arbeitsmittel“ (C50) korrelierte hoch signifikant mit der „sozialen Unterstützung durch die Leitung“ (D\_Fakt\_L;  $r=-0,50$ ,  $p=0,000$ ;  $n=86$ ) und dem „mitarbeiterorientierten Leiterverhalten“ (B\_Fakt\_1;  $r=-0,35$ ,  $p=0,000$ ;  $n=100$ ). Je höher die Unterstützung, desto geringer erschien diese Arbeitsbelastung.

Die Arbeitsbelastung „ungünstige Beleuchtung“ (C47) korrelierte ebenfalls hoch signifikant mit der „sozialen Unterstützung durch die Leitung“ (D\_Fakt\_L;  $r=-0,33$ ,  $p=0,002$ ;  $n=85$ ). Je höher die Unterstützung, desto geringer erschien diese Arbeitsbelastung.

Die Arbeitsbelastung „Wartezeiten“ (C49) korrelierte hoch signifikant mit der „sozialen Unterstützung durch die Leitung“ (D\_Fakt\_L;  $r=-0,28$ ,  $p=0,009$ ;  $n=86$ ) und dem „mitarbeiterorientierten Leiterverhalten“ (B\_Fakt\_1;  $r=-0,30$ ,  $p=0,003$ ;  $n=99$ ). Je höher die Unterstützung, desto geringer war diese Arbeitsbelastung.

Die Arbeitsbelastung „Arbeitshaltung“ (C46) hing in erster Linie mit „dem Gestaltungsspielraum für persönliche und private Dinge bei der Arbeit“ (B\_Fakt\_7;  $r=-0,31$ ,  $p=0,002$ ;  $n=99$ ) zusammen. Je größer diese organisationale Ressource eingeschätzt wurde, desto geringer wurden die Belastungen durch bestimmte Arbeitshaltungen eingeschätzt.

Ungünstige Arbeitszeiten, lange Bildschirmarbeit und Klimaanlagen wurden im Mittel als sehr gering belastend eingeschätzt.

### 5.5.3 Organisationale Ressourcen

Als einzige organisationale Ressource wurde der „Gestaltungsspielraum für persönliche und private Dinge bei der Arbeit“ (B\_Fakt\_7) erhoben. Die Skala setzte sich aus drei Items zusammen (vgl. Anhang J). Dieses Ressource korrelierte hoch signifikant mit der „sozialen Unterstützung durch die Leitung“ (D\_Fakt\_L;  $r=0,37$ ,  $p=0,000$ ;  $n=86$ ) und dem „mitarbeiterorientierten Leiterverhalten“ (B\_Fakt\_1;  $r=0,44$ ,  $p=0,000$ ;  $n=100$ ). Je höher die Unterstützung, desto geringer erschien diese Arbeitsbelastung. Die Verwirklichung von Ideen in der Praxis erschien somit stark vom Leitungsverhalten beeinflusst.

#### 5.5.4 Soziale Ressourcen

Die einzelnen sozialen Ressourcen waren nicht unabhängig voneinander. Ein „*positives Sozialklima*“ (B\_Fakt\_3) korrelierte am stärksten mit der „*sozialen Unterstützung durch Arbeitskolleginnen und – kollegen*“ (D\_Fakt\_K;  $r=0,61$ ,  $p=0,000$ ;  $n=98$ ), hing aber auch stark mit dem „*mitarbeiterorientierten Leiterverhalten*“ (B\_Fakt\_1) zusammen ( $r=0,46$ ,  $p=0,000$ ;  $n=100$ ). Die beiden Skalen „mitarbeiterorientiertes Leiterverhalten“ und „soziale Unterstützung durch die Leitung“ waren inhaltlich schwer voneinander zu trennen, korrelierten dementsprechend hoch miteinander ( $r=0,67$ ,  $p=0,000$ ;  $n=86$ ).

Da sich zeigte, dass die Skala „*mitarbeiterorientiertes Leiterverhalten*“ mit vielen anderen Skalen zusammenhing, wurde ein Extremgruppenvergleich des oberen ( $n=24$ ) mit dem unteren Quartil ( $n=25$ ) durchgeführt (nichtparametrischer Vergleich zweier Stichproben anhand des Mann-Whitney-U-Tests). Ziel war es herauszufinden, in welchen Bereichen und in welchem Ausmaß sich die Gruppe derjenigen, die ihrer Leitung ein hohes Maß an mitarbeiterorientiertem Verhalten bescheinigte, von derjenigen Gruppe unterschied, die ihrer Leitung subjektiv ein geringes Maß zusprach. Die Ergebnisse dieses Extremgruppenvergleichs waren eindeutig: die beiden Gruppen unterschieden sich hoch signifikant in allen(!) erhobenen Bereichen der persönlichen Arbeitssituation in der ergotherapeutischen Praxis. Die Gruppe derjenigen, die ihrer Leitung ein hohes Maß an mitarbeiterorientiertem Verhalten bescheinigte, schätzte die Anforderungen und Potentiale der Tätigkeiten subjektiv höher ein ( $Z=-3,080$ ,  $p=0,002$ ) und beschrieb sich sowohl quantitativ als auch qualitativ als weniger überfordert durch die Arbeitsaufgaben ( $Z=-2,212$ ,  $p=0,027$ ). Die Passung zwischen Arbeitsaufgaben und persönlichen Fähigkeiten wurde höher eingeschätzt ( $Z=-2,177$ ,  $p=0,029$ ). Das Sozialklima wurde als deutlich weniger belastend eingeschätzt ( $Z=-3,345$ ,  $p=0,001$ ) und auch die Belastungen durch „äußere“ Tätigkeitsbedingungen wurden als signifikant weniger stark beurteilt ( $Z=-3,981$ ,  $p=0,000$ ). Die Einschätzungen dieser Gruppe wiesen außerdem auf einen höheren Gestaltungsspielraum für persönliche und private Dinge bei der Arbeit ( $Z=-3,797$ ,  $p=0,000$ ) und eine stärkere Ausprägung soziale Ressourcen hin.

## 5.6 Persönliche Beurteilung von Qualitätssicherung in der ergotherapeutischen Praxis

Zur persönlichen Beurteilung von Qualitätssicherung in der ergotherapeutischen Praxis wurde ein Fragebogen mit drei Abschnitten konzipiert:

- Wirkungen der Qualitätssicherung (adaptiert nach Lutz, 1997);
- Rahmenbedingungen meiner Institution / Praxis (Ergebnis einer moderierten Ideenfindung);
- Dokumentationsunterlagen meiner Institution / Praxis (Ergebnis einer moderierten Ideenfindung).

Als Ergebnis von Faktorenanalysen wurden folgende sieben Skalen zu Wirkungen der Qualitätssicherung gebildet (vgl. Anhang K):

- ◆ Wirkungen auf das Arbeitsklima in der Praxis (Q\_Fakt\_1);
- ◆ Wirkungen auf Behandlungsablauf und –ergebnisse (Q\_Fakt\_2);
- ◆ Wirkungen auf die Zielorientierung (Q\_Fakt\_3);
- ◆ Wirkungen auf die Problemorientierung (Q\_Fakt\_4);
- ◆ Wirkung des empirischen Nachweises (Q\_Fakt\_5);
- ◆ Kostenbewusstsein (Q\_Fakt\_6);
- ◆ Externe Orientierung (Q\_Fakt\_7).

Die Rahmenbedingungen wurden zu einem Wichtigkeits- und einem Zufriedenheitsindex verdichtet. Die Angaben zum Standardisierungsgrad der Dokumentationsunterlagen wurden deskriptiv ausgewertet.

Da es sich um Einschätzungen von Aussagen handelte, wurde zur deskriptiven Auswertung die Zustimmung („ja“, „eher ja“) bzw. Ablehnung einer Aussage („eher nein“, „nein“) durch Verdichtung zweier Kategorienstufen („Zustimmungsprozente“) ermittelt.

### 5.6.1 Das Arbeitsklima in der Praxis

Die Wirkungen bzw. Einflüsse von Qualitätssicherungsmaßnahmen (QS-Maßnahmen) auf das Arbeitsklima in der ergotherapeutischen Praxis wurden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern folgendermaßen beschrieben: Über zwei Drittel der Befragten (72,0%) stimmten der Aussage zu, dass QS-Maßnahmen mehr Arbeit bedeuten ( $M=3,91$ ,  $s=1,15$ ;  $n=264$ ), über die Hälfte (56,1%) sahen als zentrales Ziel solcher Maßnahmen die Kostenkontrolle in der Praxis ( $M=3,41$ ,  $s=1,30$ ;  $n=264$ ). 41,5% der Befragten meinten, QS-Maßnahmen verstärken die Angst vor Kontrolle ( $M=2,92$ ,  $s=1,25$ ;  $n=264$ ).

Allerdings meinten nur wenige (15,5%), dass „Qualitätssicherung zu Zwietracht in den therapeutischen Teams“ (Q26R) führe oder gar die „therapeutische Freiheit einschränken“ (Q7R) würde (16,2%). Außerdem fördern QS-Maßnahmen, nach Meinung der Mehrheit (54,5%), nicht „die Unehrlichkeit (z.B. beim Ausfüllen bestimmter Fragen)“ (Q4R).

Breite Zustimmung fand schließlich die Aussage, dass QS-Maßnahmen „das Qualitätsniveau einer Institution / Praxis“ (Q14) erkennen lasse (84,5%) und „zu einer Verbesserung der Arbeitszufriedenheit / Motivation“ (Q6) führe (69,4%).

Die Wirkungen von QS-Maßnahmen auf das Arbeitsklima (Q\_Fakt\_1) hingen zudem signifikant mit wesentlichen Merkmalen der persönlichen Arbeitssituation in der ergotherapeutischen Praxis zusammen. So bestanden signifikante Korrelationen zu, „Überforderungen durch die Arbeitsaufgaben“ (B\_Fakt\_6;  $r=-0,25$ ,  $p=0,021$ ;  $n=86$ ), „fehlende Passung von Arbeitsaufgaben und persönlichen Fähigkeiten“ (B\_Fakt\_4;  $r=-0,29$ ,  $p=0,008$ ;  $n=86$ ) und „Anforderungen und Potentiale der Tätigkeit“ (B\_Fakt\_5;  $r=0,38$ ,  $p=0,000$ ;  $n=86$ ). Ein Extremgruppenvergleich (1. vs 4. Quartil der Stichprobe) zeigte, dass die Gruppe von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten die positive Wirkungen auf das Arbeitsklima in der Praxis annahmen ( $n=79$ ), der ergotherapeutischen Tätigkeit höhere Anforderungen und Potentiale zusprachen, als die Gruppe derjenigen ( $n=59$ ), die negative Einflüsse annahmen ( $Z=-3,260$ ,  $p=0,001$ ). Außerdem wurde von der ersten Gruppe ( $n=78$ ) die Wichtigkeit der Rahmenbedingungen (R\_Fakt\_w) signifikant höher eingeschätzt als von der zweiten Gruppe ( $n=56$ ;  $Z=-3,153$ ,  $p=0,002$ ). Ansonsten unterschieden sich die zwei Extremgruppen in keinem anderen erhobenen Merkmal.

### 5.6.2 Behandlungsablauf und –ergebnisse

Die Wirkungen bzw. Einflüsse von Qualitätssicherungsmaßnahmen auf Behandlungsablauf und –ergebnisse wurden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern folgendermaßen beschrieben: Über vier Fünftel der Befragten (85,9%) meinten, dass durch QS-Maßnahmen „der Behandlungsablauf und die Behandlungsergebnisse durchsichtiger werden“ (Q20). Außerdem stimmten drei Viertel (78,7%) der Aussage zu, „Qualitätssicherung gebe Anregungen, das Behandlungskonzept ggf. während der Behandlung besser auf die Patienten abzustimmen“ (Q24). Außerdem würde das „Diagnoseverhalten der TherapeutInnen verbessert“ (Q22), urteilten 76,8% der Befragten, 78,7% meinten „Qualitätssicherung liefere einen Beitrag zur Verbesserung der Indikationsstellung“ (Q23).

Eine „höhere Patientenzufriedenheit bzw. Zufriedenheit der Angehörigen“ (Q25) wurde von zwei Dritteln (65,0%) als Wirkung von QS-Maßnahmen erwartet.

Lediglich die Hälfte der Befragten (52,5%) meinte, durch „Qualitätssicherung könne die Behandlungsdauer reduziert werden“ (Q29).

Die Wirkungen von QS-Maßnahmen auf Behandlungsablauf und -ergebnisse (Q\_Fakt\_2) hingen mit keinem der erhobenen Merkmale zur persönlichen Arbeitssituation in der ergotherapeutischen Praxis zusammen. Lediglich im Extremgruppenvergleich (1. vs 4. Quartil der Stichprobe) wurde von der Gruppe ( $n=74$ ), die positive Wirkungen auf Behandlungsablauf und -ergebnisse erwartete, auch die Wichtigkeit der Rahmenbedingungen (R\_Fakt\_w) signi-

fikant höher eingeschätzt als von der zweiten Gruppe ( $n=57$ ;  $Z=-2,129$ ,  $p=0,033$ ). Ansonsten unterschieden sich die zwei Extremgruppen in keinem anderen erhobenen Merkmal.

### 5.6.3 Ziel- und Problemorientierung

Nahezu alle Ergotherapeutinnen und -therapeuten (92,6%) hielten es für sinnvoll „*durch kontinuierliche Beobachtung weitere Informationen zu Wirkungen und Nebenwirkungen der Therapien zu bekommen*“ (Q21). 89,8% meinten, QS-Maßnahmen „*führen zu einer Steigerung des Problembewusstseins*“ (Q2), 81,4% gaben an, sie „*seien eine Hilfe bei der Identifikation problematischer Behandlungsverläufe*“ (Q1). Nach Meinung von 82,9% der Befragten, decken QS-Maßnahmen „*Defizite im Prozess der Patientenbehandlung auf*“ (Q15). Der Aussage „*Qualitätssicherung fördert die Zielorientierung von Interventionen*“ (Q27) stimmten 70,3% der Befragten zu.

Die „*Wirkungen auf die Zielorientierung*“ (Q\_Fakt\_3) korrelierten hoch signifikant mit den „*Wirkungen auf die Problemorientierung*“ (Q\_Fakt\_4;  $r=0,44$ ,  $p=0,000$ ;  $n=264$ ). Beide Einschätzungen korrelierten mit dem Wichtigkeitsindex zur Einschätzung der Rahmenbedingungen der Institution / Praxis (R\_Fakt\_W). Wurden QS-Maßnahmen hohe Wirkungen auf Ziel- und Problemorientierung zuerkannt, wurden auch die Rahmenbedingungen als wichtiger erachtet und umgekehrt.

Allerdings gab es Unterschiede in den einzelnen Zusammenhängen zu anderen erhobenen Merkmalsbereichen. Es bestand eine hoch signifikante Korrelation zwischen den „*Wirkungen auf die Problemorientierung*“ und „*Belastungen durch ‚äußere‘ Tätigkeitsbedingungen*“ (C\_Skala;  $r=-0,30$ ,  $p=0,005$ ;  $n=86$ ). Wurden die Wirkungen und Einflüsse durch QS-Maßnahmen auf die Problemorientierung als gering eingeschätzt, wurden gleichzeitig höhere Belastungswerte angegeben.

Die Einschätzung von „*Wirkungen auf die Zielorientierung*“ (Q\_Fakt\_3) hing signifikant mit einem „*positiven Sozialklima*“ (B\_Fakt\_3), mit der „*Passung von Arbeitsaufgaben und persönlichen Fähigkeiten*“ (B\_Fakt\_4) und mit „*Anforderungen und Potentialen der Tätigkeit*“ (B\_Fakt\_5) zusammen.

Die Einschätzung von „*Wirkungen auf die Problemorientierung*“ (Q\_Fakt\_4) hing signifikant mit „*mitarbeiterorientiertem Leiterverhalten*“ (B\_Fakt\_1), mit „*positivem Sozialklima*“ (B\_Fakt\_3), mit „*Überforderung durch die Arbeitsaufgabe*“ (B\_Fakt\_6) und „*Gestaltungsspielraum für persönliche und private Dinge*“ (B\_Fakt\_7) zusammen.

### 5.6.4 Empirischer Nachweis der Wirksamkeit

Neben den Auswirkungen auf Ziel- und Problemorientierung wurden die Einflüsse von QS-Maßnahmen auf den „*empirischen Nachweis der Wirksamkeit*“ (Q\_Fakt\_5) der Behandlungsprogramme etc. von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern am stärksten beurteilt

( $M=1,89$ ,  $s=0,66$ ;  $n=264$ ). 89,4% der Befragten meinten, QS-Maßnahmen seien eine „gute Grundlage für Forschung“ (Q8) und „liefern Informationen über den Einzelfall hinaus, so dass ein Vergleich verschiedener Jahrgänge, Stationen und Institutionen ermöglicht wird“ (Q18, Zustimmung 74,8%). „Sie liefern einen empirischen Nachweis der Wirksamkeit unserer Behandlungsprogramme“ (Q12) stimmten 84,5% der Befragten zu, auch weil sie „aussagekräftige Ergebnisse über Erfolge der Patientenbehandlung“ (Q16) ermitteln helfen (75,0% Zustimmung). Für 87,8% liefern sie „Argumente für den Ausbau der Versorgung mit Dienstleistungen“ (Q10) und somit ist „Qualitätssicherung ein Beitrag zur optimalen Versorgung der Bevölkerung mit ergotherapeutischen Dienstleistungen“ (Q17), meinten zwei Drittel der Befragten (66,1%). Schließlich würde auch der „Ausbildungsstand der eigenen Berufsgruppe transparent gemacht“ (Q13, Zustimmung 82,2%).

#### 5.6.5 Kostenbewusstsein

„Qualitätssicherung fördert das Kostenbewusstsein“ (Q28; Q\_Fakt\_6): dieser Aussage stimmten zwei Drittel der Befragten zu (63,6%). Das Item korrelierte mit keinem der Merkmalsbereiche der persönlichen Arbeitssituation in der ergotherapeutischen Praxis und besaß nur geringe Zusammenhänge mit anderen Wirkfaktoren der QS-Maßnahmen. Im Extremgruppenvergleich wurden innerhalb der intervenierenden Variablen signifikante Unterschiede ermittelt (siehe Kapitel 5.7).

#### 5.6.6 Externe Orientierung

„Institutionen / Praxen sollten Vorgaben von externen Stellen bekommen, um einen Standard zu etablieren“ (Q19; Q\_Fakt\_7): diese Aussage wurde sehr kontrovers eingeschätzt und bildete daher einen eigenen Merkmalsbereich. 33,7% der Befragten stimmten dieser Aussage zu, 42,8% lehnten sie ab. Im Extremgruppenvergleich dieser beiden Gruppen ergaben sich eine Reihe signifikanter Unterschiede zu anderen Merkmalen. Die Gruppe mit hoher „externer Orientierung“ schätzte die „Anforderungen und Potentiale der Tätigkeit“ (B\_Fakt\_5) signifikant höher ein als die andere Gruppe ( $Z=-2,753$ ,  $p=0,006$ ). Die erste Gruppe schätzte die Rahmenbedingungen als signifikant wichtiger ein als die Gruppe mit der geringen „externen Orientierung“ ( $Z=-2,221$ ,  $p=0,026$ ). Außerdem war die Gruppe mit hoher „externer Orientierung“ unzufriedener mit diesen Rahmenbedingungen als die andere Gruppe ( $Z=-1,934$ ,  $p=0,053$ ). Schließlich sah die Gruppe mit hoher „externer Orientierung“ einen signifikant stärkeren Einfluss von Qualitätssicherungsmaßnahmen auf Behandlungsablauf und –ergebnisse als die andere Gruppe ( $Z=-2,043$ ,  $p=0,041$ ).



### 5.6.7 Die Rahmenbedingungen der Institution / Praxis

Um die strukturellen Voraussetzungen für die Einführung eines QM-Systems zu ermitteln, wurde eine moderierte Ideenfindungen durchgeführt (vgl. Kapitel 4.1.3). Als Ergebnis wurden 18 Items zu Rahmenbedingungen der Institution / Praxis zusammengestellt und in den Fragebogen aufgenommen.

Die Rahmenbedingungen wurden nach eingeschätzter Wichtigkeit und Zufriedenheit in eine Rangreihe gebracht. Da die beiden Dimensionen als unabhängig voneinander gelten können (vgl. Kapitel 5.2.4), war es möglich, innerhalb eines Portfolio's Kernstärken und –schwächen, sowie Nullstärken und –schwächen herauszuarbeiten (vgl. Anhang O). Da empirisch noch kein Cut-Off ermittelt wurde um die Kategoriengrenzen festzulegen, werden die 18 Items in einem Schaubild angeordnet (vgl. Abbildung 39) und nach der jeweiligen Tendenz ausgewertet.

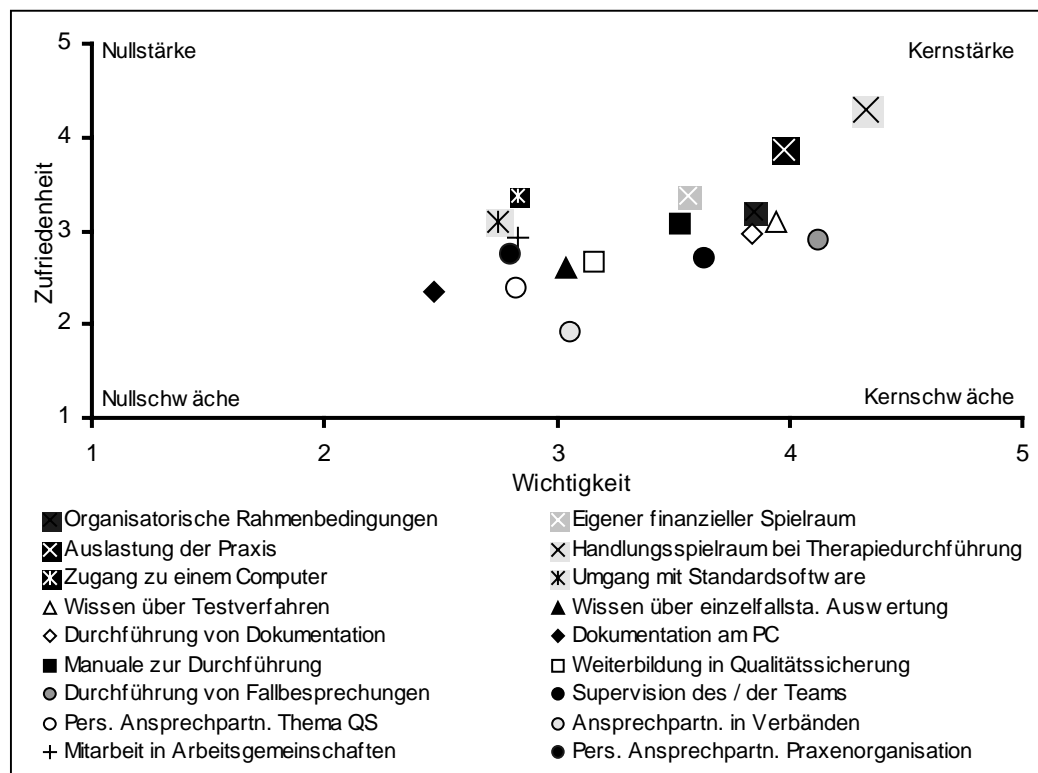


Abb. 39: Portfolio der Rahmenbedingungen der Institution / Praxis

Als Anhaltspunkte für die Bestimmung eines Cut-Offs wurde der mittlere Rangplatz und der Mittelwert der Einzelskalen (R\_Fakt\_W, R\_Fakt\_Z) bestimmt, so dass einige kategoriale Zuordnungen möglich waren:

Als Kernstärken erschienen der „*Handlungsspielraum während der Therapiedurchführung*“, ebenso die „*Auslastung der Institution / Praxis mit Patienten (Warteliste, ...)*“<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Anzumerken ist, dass die Erhebungen Anfang 2000 abgeschlossen waren. Seitdem hat sich die Verschreibungspraxis der Ärzte aufgrund „angedrohter“ bzw. befürchteter Budgetierung in vielen Regionen verändert, so dass sich die Kernstärke „Auslastung“ in absehbarer Zeit hin zu einer Kernschwäche verändern könnte.

Mit der Auslastung hing dementsprechend der „*eigene finanzielle Spielraum innerhalb der Institution / Praxis*“ zusammen, der zum Zeitpunkt der Erhebung ebenfalls zu den Kernstärken gerechnet werden konnte.

Folgende als sehr wichtig eingeschätzte Merkmale liegen aufgrund der überdurchschnittlich hohen Zufriedenheitseinschätzung im Grenzbereich zwischen Kernstärke und Kernschwäche: „*Organisatorische Rahmenbedingungen der Institution / Praxis*“, „*Wissen über Tests und zum Umgang mit Testverfahren*“, „*Durchführung von Dokumentation (allgemein, mit ‚Papierakten‘)*“ und „*Manuale zur Durchführung einzelner Maßnahmen*“. 72,9% der Befragten waren die Organisatorischen Rahmenbedingungen sehr bzw. extrem wichtig. Für drei Viertel (76%) der Befragten war das Wissen über Tests und den Umgang mit Testverfahren und die Durchführung von Dokumentation sehr bzw. extrem wichtig. Eine einzige Ergotherapeutin schätzte die drei Merkmale als „nicht wichtig“ ein. Manuale zur Durchführung einzelner Maßnahmen wurden von der Mehrheit der Befragten (55,6%) als sehr bzw. extrem wichtig eingeschätzt.

Zu den Kernschwächen zählten vor allem die Teamprozesse in den Praxen. So wurden die „*Durchführung von Fallbesprechungen*“ und die „*Supervision des / der Teams*“ als sehr wichtige Rahmenbedingungen eingeschätzt. 83,1% der Befragten war die Durchführung von Fallbesprechungen sehr bzw. extrem wichtig. 42,8% waren mit der Durchführung von Fallbesprechungen eher unzufrieden. Ähnlich war das Bild bei der Einschätzung der Supervision. Diese war 58,7% der Befragten sehr bzw. extrem wichtig, wobei gleichzeitig fast ein Drittel der Befragten (30,6%) angab, keine Erfahrung mit Supervision zu haben. 51,2% derjenigen, die angaben, Erfahrung mit Supervision zu haben, waren mit ihr eher unzufrieden. Verglich man die Gruppe derjenigen, die Erfahrung mit Supervision hatte ( $n=166$ ), mit derjenigen, die keine Erfahrung mit Supervision hatte ( $n=68$ ), ergab sich, dass die erfahrene Gruppe Supervision als hoch signifikant wichtiger einschätzte als die unerfahrene Gruppe ( $Z=-4,134$ ,  $p=0,000$ ).

Außerdem konnte die Rahmenbedingung „*Ansprechpartner in Verbänden zum Thema Qualitätssicherung*“ als Kernschwäche bezeichnet werden. 75% derjenigen, die Erfahrung mit Ansprechpartnern in Verbänden zum Thema Qualitätssicherung gesammelt hatten, waren eher unzufrieden damit. Dies war mit Abstand die höchste Quote an Unzufriedenheit bei allen Rahmenbedingungen. Außerdem fiel auf, dass die Hälfte der Befragten angab, in diesem Bereich keine Erfahrung zu haben. Vergleicht man die Gruppe derjenigen, die Erfahrung mit Ansprechpartnern in Verbänden hatten ( $n=106$ ), mit derjenigen, die keine Erfahrung hatte ( $n=106$ ), ergab sich, dass die erfahrene Gruppe trotz der vorhandenen Unzufriedenheit Ansprechpartner in Verbänden als hoch signifikant wichtiger einschätzte als die unerfahrene Gruppe ( $Z=-4,615$ ,  $p=0,000$ ).

Im Grenzbereich zwischen Nullschwäche und Kernschwäche lag das Merkmal „*Weiterbildung in Qualitätssicherung*“. 49,4% der Befragten hatten nach eigenen Angaben keine Erfahrung in diesem Bereich. Der Vergleich der Gruppe, die Erfahrung mit Weiterbildung in Qualitätssicherung hatte ( $n=121$ ), mit derjenigen, die keine Erfahrung hatte ( $n=100$ ), ergab, dass die erfahrene Gruppe Weiterbildung in Qualitätssicherung als hoch signifikant wichtiger einschätzte als die unerfahrene Gruppe ( $Z=-3,301$ ,  $p=0,001$ ).

Im Bereich der Nullschwächen fällt das Merkmal „*Mitarbeit in Arbeitsgemeinschaften*“ auf, da über die Hälfte der Befragten (52,9%) angaben, keine Erfahrung damit zu haben. Vergleicht man die Gruppe derjenigen, die Erfahrung mit einer Mitarbeit in Arbeitsgemeinschaften hatte ( $n=105$ ), mit derjenigen, die keine Erfahrung hatte ( $n=76$ ), ergab sich, dass die erfahrene Gruppe die Mitarbeit in Arbeitsgemeinschaften als hoch signifikant wichtiger einschätzte als die unerfahrene Gruppe ( $Z=-5,735$ ,  $p=0,000$ ).

Auch das Merkmal „*Wissen über einzelfallstatistische Auswertung von Therapieverläufen*“ gehörte nach Einschätzung der Befragten zu den Nullschwächen. Die Gruppe derer, die nach eigenen Angaben Erfahrungen mit einzelfallstatistischer Auswertung von Therapieverläufen hatte ( $n=155$ ), schätzte diese Rahmenbedingung für die Einführung eines QM-Systems signifikant wichtiger ein ( $Z=-3,862$ ,  $p=0,000$ ) als die „unerfahrene Gruppe“ ( $n=67$ ). Schließlich gehörten auch „*persönliche Ansprechpartner*“ zum Thema Qualitätssicherung und allgemeiner Praxenorganisation aufgrund der gering eingeschätzten Wichtigkeit zu den Nullschwächen, obwohl die Mehrheit (57,3%) mit diesen Rahmenbedingungen nicht zufrieden war. Auch hier zeigten sich hoch signifikante Unterschiede zwischen den „erfahrenen“ und „unerfahrenen“ Gruppen. Die Gruppe derjenigen, die bereits Erfahrungen mit einem „*persönlichen Ansprechpartner zum Thema Qualitätssicherung*“ gemacht hatte ( $n=94$ ), schätzte die Wichtigkeit dieser Rahmenbedingung höher ein als die „unerfahrene“ Gruppe ( $n=122$ ). Der statistische Unterschied war hoch signifikant ( $Z=-2,962$ ,  $p=0,003$ ). Die Gruppe derjenigen, die bereits Erfahrungen mit einem „*persönlichen Ansprechpartner zu allgemeiner Praxenorganisation*“ gemacht hatte ( $n=96$ ), schätzte die Wichtigkeit dieser Rahmenbedingung ebenfalls signifikant höher ein als die Gruppe ( $n=94$ ) der „Unerfahrenen“ ( $Z=-4,612$ ,  $p=0,000$ ).

Zu den Nullstärken, d.h. zu den Rahmenbedingungen, mit denen die Befragten im Mittel ziemlich zufrieden waren, die sie aber im Verhältnis zu anderen Rahmenbedingungen als weniger wichtig einschätzten, gehörten folgende Merkmale: „*Zugang zu einem Computer in der Institution / Praxis*“, „*Umgang mit Standardsoftware*“ und die „*Durchführung von Dokumentation am Computer*“. Der Computer als Arbeitsgerät erschien zum Zeitpunkt der Befragung im Verhältnis zu den anderen Rahmenbedingungen für die Einführung eines QM-Systems subjektiv weniger wichtig. 40,7% der Befragten sah es als nicht bzw. etwas wichtig an, wenn sie Zugang zu einem Computer in der Institution / Praxis hätten. Lediglich 21,4%

meinten, die Durchführung von Dokumentation am Computer sei ihnen sehr bzw. extrem wichtig. Etwa ein Viertel der Befragten (25,1%) stufte den Umgang mit Standardsoftware als sehr bzw. extrem wichtig ein.

Für jedes Item wurde eine Rangplatzdifferenz (Wichtigkeit minus Zufriedenheit) berechnet (vgl. Anhang O3). Dadurch wurde versucht, die Dringlichkeit von Veränderungen der Rahmenbedingungen anzuzeigen, um in Zukunft die Voraussetzungen für die Einführung eines QM-Systems zu schaffen. Der größte Handlungsbedarf erschien im Bereich „Durchführung von Fallbesprechungen“ mit einer Rangplatzdifferenz (RD) von -9 und „Ansprechpartner in Verbänden zum Thema Qualitätssicherung“ (RD: -7), gefolgt von „Supervision des / der Teams“ (RD: -6) und „Weiterbildung in Qualitätssicherung“ (RD: -4).

Zur praktischen Umsetzung fehlt es an „Wissen über einzelfallstatistische Auswertung von Therapieverläufen“ (RD:-3), Anleitung zur „Durchführung von Dokumentation (allgemein, mit ‚Papierakten‘)“ (RD: -3), „Wissen über Tests und zum Umgang mit Testverfahren“ (RD:-2) und schließlich fehlt ein „Persönlicher Ansprechpartner zum Thema Qualitätssicherung“ (RD:-1).

Alle anderen Rahmenbedingungen erschienen im Vorfeld der Einführung von ihrer Relation zwischen Wichtigkeit und Zufriedenheit als weniger dringlich zu verändern. Besonders gering erschien nach Einschätzung der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten die Dringlichkeit einer Veränderung beim „Thema Computer“ (vgl. Umgang mit Standardsoftware (RD: 10); Zugang zu einem Computer in der Institution / Praxis (RD: 9); Durchführung von Dokumentation am Computer (RD: 1).

### 5.6.8 Die Dokumentationsunterlagen der Institution / Praxis

Im letzten Teil der Befragung ging es darum, die Hilfsmittel einzuschätzen, mit denen die Qualität gesichert bzw. die Diagnostik und Dokumentation gestützt wurde. 15 Items zu Dokumentationsunterlagen der Praxis wurden zusammengestellt und zur subjektiven Einschätzung in den Fragebogen aufgenommen.

Die 1. Leitfrage lautete: *„Inwieweit ist das Dokumentationsinstrument standardisiert?“*

War das entsprechende Dokumentationsinstrument im Gebrauch, sollte es in eine von fünf Kategorien eingruppiert werden:

- *Völlig individuell gestaltet;*
- *Halbstrukturierte Vorgabe;*
- *Institutions- / Praxenvordruck;*
- *Identisch mit anderen Praxen;*
- *Nationaler Standardbogen.*

Da es sich um eine kategoriale Zuordnung handelte, geschah die deskriptive Auswertung anhand der Modalwerte<sup>7</sup> (vgl. Anhang P). Dabei zeigte sich wie erwartet, dass *„Tests (Materialien, Vordrucke)“* (D\_S\_10) von 52,1% der Befragten als nationale Standardbögen eingruppiert wurden. Es folgten *„störungsspezifische Informationsbroschüren“* (D\_S\_3), die von einem Drittel der Befragten als *„identisch mit anderen Praxen“* eingestuft wurden. 30,5% kennzeichneten sie sogar als nationale Standardbögen.

Die *„Warteliste“* (D\_S\_1), der *„Anmeldebogen“* (D\_S\_2), die *„Informationsblätter“* (D\_S\_4), der *„Allgemeiner Anamnesebogen“* (D\_S\_6), der *„SI-Anamnesebogen“* (D\_S\_7), die *„Therapieverträge“* (D\_S\_8) und der *„Befundbogen (intern)“* (D\_S\_11) wurden von den meisten Befragten als Institutions-/Praxenvordruck eingestuft. Auch den *„Befundbericht“* (D\_S\_12) gruppieren 36,5% unter Institutions-/Praxenvordruck ein, ein Viertel der Befragten (26,6%) ordnete ihn als halbstrukturierte Vorgabe noch darunter ein.

Von der Mehrheit der Befragten wurden folgende Dokumentationsunterlagen als *„völlig individuell gestaltet“* bzw. *„halbstrukturierte Vorgabe“* und damit am wenigsten standardisiert eingeordnet: das *„Erstbesuchs-/gesprächsprotokoll“* (D\_S\_5), das *„Behandlungsprotokoll“* (D\_S\_9), der *„Therapieplan“* (D\_S\_13), der *„Abschlußfragebogen“* (D\_S\_14) und der *„Abschlußbericht“* (D\_S\_15). Der Therapieplan wurde von 62,8%, das Behandlungsprotokoll von 49,0% und der Abschlußbericht von 46,8% der Befragten als *„völlig individuell gestaltet“* eingeschätzt.

Die 2. Leitfrage lautete: *„Inwieweit hilft mir das Dokumentationsinstrument, um meine Therapien bzw. meine Therapieergebnisse transparent zu machen?“*

<sup>7</sup> Modalwert kennzeichnet den am häufigsten auftretenden Wert. Wenn mehrere Werte die gleiche Häufigkeit hatten, wurde der kleinere Wert angegeben, um den Minimalstandard zu lokalisieren.

Unabhängig davon, ob das entsprechende Dokumentationsinstrument im Gebrauch war oder nicht, sollte auf einer fünfstufigen Likert-Skala eingeschätzt werden, wie hilfreich das Instrument bislang zur Erhöhung der Transparenz von Therapien bzw. Therapieergebnissen war.

Tests und Anamnesebögen hatten nach Einschätzung der Befragten die größte Wirkung auf die Transparenz der Therapien. Abschlußfragebogen, Befund- und Abschlußbericht, Therapieplan, und Behandlungsprotokoll schienen eher wenig zur Transparenz beizutragen. Dies waren zum überwiegenden Teil auch diejenigen Dokumentationsinstrumente, die „*völlig individuell gestaltet*“ wurden und somit einen extrem niedrigen Standardisierungsgrad aufwiesen.

Einen Abschlußfragebogen nutzten nur wenige Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (n=25). 40% von ihnen stufte ihn als „*völlig individuell gestaltet*“ ein. In Bezug auf die Transparenzwirkung „*landete*“ er auf dem letzten Rangplatz und wurde dabei immerhin von 73 Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten eingeschätzt. Die Gruppe derjenigen, in deren Praxen ein „*Abschlußfragebogen*“ in Gebrauch war (n=25), schätzte die Wirkung auf die Transparenz höher ein als die „*unerfahrene*“ Gruppe (n=45). Der statistische Unterschied war nahezu signifikant ( $Z=-1,915$ ,  $p=0,056$ ).

Aus den 15 Einzelitems wurde ein normal verteilter „*Transparenzindex*“ (D\_Fakt\_T) gebildet, um Gruppenunterschiede herauszuarbeiten.

Die Gruppe derjenigen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, die ihren Dokumentationsunterlagen eine große Wirkung auf die Transparenz ihrer Therapien und Therapieergebnisse zusprachen (Gruppe 1) unterschied sich signifikant von der anderen Gruppe (Gruppe 2) in bezug auf folgende Variablen:

- Soziale Unterstützung durch die Leitung (D\_Fakt\_L);
- Wirkungen auf das Arbeitsklima in der Praxis (Q\_Fakt\_1);
- Wirkung von QS-Maßnahmen auf Behandlungsablauf und –ergebnisse (Q\_Fakt\_2);
- Wirkung auf die Zielorientierung (Q\_Fakt\_3);
- Rahmenbedingungen der Institution / Praxis: Wichtigkeitsindex (R\_Fakt\_W);
- Rahmenbedingungen der Institution / Praxis: Zufriedenheitsindex (R\_Fakt\_Z).

Gruppe 1 schätzte die soziale Unterstützung durch die Leitung signifikant höher ein ( $Z=-2,248$ ,  $p=0,025$ ), sah positivere Wirkungen durch QS-Maßnahmen auf das Arbeitsklima in der Praxis ( $Z=-2,838$ ,  $p=0,005$ ), auf den Behandlungsablauf und dessen Ergebnisse ( $Z=-2,250$ ,  $p=0,024$ ), sowie auf die Zielorientierung ( $Z=-1,963$ ,  $p=0,050$ ). Außerdem waren Gruppe 1 die Rahmenbedingungen der Institution / Praxis insgesamt wichtiger ( $Z=-2,092$ ,  $p=0,036$ ) und sie war mit den vorhandenen Rahmenbedingungen auch signifikant zufriedener ( $Z=-2,351$ ,  $p=0,019$ ) als die Gruppe 2.

Die beiden Gruppen unterschieden sich ansonsten in keinem der erhobenen Merkmalsbereiche.

## 5.7 Intervenierende Variablen

Folgende intervenierende Variablen wurden zur Überprüfung möglicher Effekte genutzt:

- Alter (Extremgruppenvergleich per Quartil 1 vs 4);
- Geschlecht (dichotom);
- Leitung einer Praxis (dichotom);
- Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen (dichotom);
- Berufserfahrung (Extremgruppenvergleich per Quartil 1 vs 4);
- Anzahl der KollegInnen (Extremgruppenvergleich per Quartil 1 vs 4);
- Dauer der Tätigkeit in der Arbeitsstelle (Extremgruppenvergleich per Quartil 1 vs 4).

Alle Gruppenvergleiche wurden mit dem nichtparametrischen Mann-Whitney-U-Test durchgeführt.

### 5.7.1 Alter

Beim Extremgruppenvergleich jüngerer Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (Alter < 31 Jahre; n=75) mit älteren (Alter > 39,75 Jahre; n=68) ergaben sich zwei signifikante Rangplatzunterschiede:

- Wirkung von QS-Maßnahmen auf Behandlungsablauf und –ergebnisse (Q\_Fakt\_2);
- Auswirkungen auf das Kostenbewusstsein (Q\_Fakt\_6).

Jüngere Ergotherapeutinnen schätzten die Wirkung von Qualitätssicherungsmaßnahmen auf Behandlungsablauf und –ergebnisse ( $Z=-2,414$ ,  $p=0,016$ ) und die Auswirkung auf das Kostenbewusstsein ( $Z=-2,069$ ,  $p=0,039$ ) signifikant niedriger ein als ältere Ergotherapeutinnen.

### 5.7.2 Geschlecht

Beim Vergleich weiblicher Ergotherapeutinnen und männlicher Ergotherapeuten ergaben sich zwei signifikante Rangplatzunterschiede:

- Soziale Unterstützung durch Arbeitskolleginnen und -kollegen (D\_Fakt\_K);
- Rahmenbedingungen der Institution / Praxis: Wichtigkeitsindex (R\_Fakt\_W).

Weibliche Ergotherapeutinnen (n=80) schätzten die soziale Unterstützung durch Arbeitskolleginnen und –kollegen signifikant höher ein als ihre männlichen Kollegen (n=19;  $Z=-2,285$ ,  $p=0,022$ ). Außerdem schätzten die weiblichen Ergotherapeutinnen (n=195) die Rahmenbedingungen der Institution insgesamt als wichtiger ein als ihre männlichen Kollegen (n=63). Beide Gruppen waren allerdings gleich zufrieden mit den Rahmenbedingungen.

### 5.7.3 Leitung einer Praxis

Wer eine Praxis leitete, beurteilte seine persönliche Arbeitssituation tendenziell in folgenden Merkmalen anders, als diejenige, die in einer Praxis als angestellte Mitarbeiterin arbeitete:

- Mitarbeiterorientiertes Leiterverhalten (B\_Fakt\_1);
- Soziale Unterstützung durch die Leitung (D\_Fakt\_L);
- Anforderungen und Potentiale der Tätigkeit (B\_Fakt\_5);
- Gestaltungsspielraum für persönliche und private Dinge bei der Arbeit (B\_Fakt\_7);
- Belastungen durch „äußere“ Tätigkeitsbedingungen (C\_Skala);
- Rahmenbedingungen der Institution / Praxis: Wichtigkeitsindex (R\_Fakt\_W).

Die Leitungsgruppe (n=49) beurteilte sich selbst deutlich mitarbeiterorientierter im Leitungsverhalten als die Angestellten (n=51;  $Z=-5,551$ ,  $p=0,000$ ) und schrieb sich selbst eine höhere soziale Unterstützung zu als dies die Angestelltengruppe tat ( $Z=-4,733$ ,  $p=0,000$ ).

Die Leitungsgruppe schätzte die Anforderungen und Potentiale der ergotherapeutischen Tätigkeiten höher ein als die Gruppe der Angestellten ( $Z=-2,472$ ,  $p=0,013$ ). Außerdem hatte die Leitungsgruppe einen subjektiv größeren Gestaltungsspielraum für persönliche und private Dinge bei der Arbeit als die Angestelltengruppe ( $Z=-5,253$ ,  $p=0,000$ ).

Die Angestelltengruppe schätzte die Stärke der Belastungen am Arbeitsplatz durch „äußere“ Tätigkeitsbedingungen signifikant höher ein als die Gruppe der Leiter und Leiterinnen.

Schließlich schätzte die Leitungsgruppe (n=130) die Rahmenbedingungen der Institution (u.a. Organisation, finanzieller Spielraum) insgesamt als wichtiger ein als die Gruppe der Angestellten (n=123). Beide Gruppen unterschieden sich nicht in Bezug auf ihre Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen.

### 5.7.4 Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen

Die Gruppe der Teilnehmer an Qualitätssicherungsmaßnahmen unterschied sich nur in einem einzigen erhobenen Merkmal von der Gruppe der Nicht-Teilnehmer: wer bereits an Maßnahmen zur Qualitätssicherung teilgenommen hatte (n=78), hatte eine geringere „*externe Orientierung*“ (Q\_Fakt\_7; operationalisiert über: „*Institutionen / Praxen sollten Vorgaben von externen Stellen bekommen, um einen Standard zu etablieren*“, Q19) als Personen, die noch nicht an solchen Maßnahmen teilgenommen hatten (n=180;  $Z=-2,080$ ,  $p=0,038$ ). Die Forderung nach „Vorgaben von externen Stellen“ war demnach höher bei Personen, die noch nicht an QS-Maßnahmen teilgenommen hatten als bei der anderen Gruppe.



### 5.7.5 Berufserfahrung

Beim Extremgruppenvergleich langjährig berufserfahrener Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (Berufserfahrung > 11 Jahre) mit eher Berufsunerfahrenen (Berufserfahrung < 4 Jahre) ergaben sich lediglich zwei signifikante Rangplatzunterschiede:

- Wirkung von QS-Maßnahmen auf Behandlungsablauf und –ergebnisse (Q\_Fakt\_2);
- Rahmenbedingungen der Institution / Praxis: Zufriedenheitsindex (R\_Fakt\_Z).

Die Gruppe der langjährig Berufserfahrenen (n=22) schätzte die Wirkung von Qualitätssicherungsmaßnahmen auf Behandlungsablauf und –ergebnisse signifikant niedriger als die andere Gruppe (n=24;  $Z=-2,349$ ,  $p=0,019$ ). Die Gruppe der langjährig Berufserfahrenen (n=60) war mit den Rahmenbedingungen der Institution / Praxis signifikant weniger zufrieden als die andere Gruppe (n=60;  $Z=-1,969$ ,  $p=0,049$ ).

### 5.7.6 Anzahl an Kolleginnen und Kollegen

Beim Extremgruppenvergleich von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten mit vielen (Anzahl > 8) bzw. wenigen (Anzahl < 3) Kolleginnen und Kollegen ergaben sich zwei signifikante Rangplatzunterschiede, die sich beide mit dem Leistungsverhalten befassen:

- Mitarbeiterorientiertes Leistungsverhalten (B\_Fakt\_1);
- Soziale Unterstützung durch die Leitung (D\_Fakt\_L).

Die Gruppe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in kleineren Praxen (n=36) schätzte das Leistungsverhalten stärker mitarbeiterorientiert ein als die andere Gruppe (n=16;  $Z=-2,680$ ,  $p=0,007$ ). Auch die soziale Unterstützung durch die Leitung wurde von der ersten Gruppe signifikant höher eingeschätzt als von der zweiten Gruppe ( $Z=-1,959$ ,  $p=0,050$ ).

### 5.7.7 Dauer der Tätigkeit in der Arbeitsstelle

Neben der Leitungsfunktion (vgl. Kapitel 5.7.3) erschien die Dauer der Tätigkeit in der Arbeitsstelle als wichtigste intervenierende Variable. Der Extremgruppenvergleich einer Gruppe seit kurzem Beschäftigter in der gegenwärtigen Arbeitsstelle (Zeitraum < 1,5 Jahre) mit einer Gruppe seit einem längerem Zeitraum Beschäftigter (> 5 Jahre) erbrachte fünf signifikante Rangplatzunterschiede:

- Positives Sozialklima (B\_Fakt\_3);
- Soziale Unterstützung durch Arbeitskolleginnen und -kollegen (D\_Fakt\_K);
- Wirkungen auf das Arbeitsklima in der Praxis (Q\_Fakt\_1);
- Auswirkungen auf das Kostenbewusstsein (Q\_Fakt\_6);
- Rahmenbedingungen der Institution / Praxis: Zufriedenheitsindex (R\_Fakt\_Z).

Die Gruppe der kurzzeitig Beschäftigten ( $n=24$ ) beurteilte das Sozialklima positiver als die Gruppe der länger in der Arbeitsstelle Beschäftigten ( $n=21$ ;  $Z=-1,975$ ,  $p=0,048$ ). Auch die damit zusammenhängende soziale Unterstützung durch Arbeitskolleginnen und -kollegen wurde von der ersten Gruppe deutlich positiver eingeschätzt als von der zweiten ( $Z=-2,516$ ,  $p=0,012$ ). Die Gruppe der kurzzeitig Beschäftigten ( $n=35$ ) sah die Wirkungen auf das Arbeitsklima in der Praxis signifikant optimistischer als die andere Gruppe ( $n=36$ ;  $Z=-1,990$ ,  $p=0,047$ ). Die Gruppe der länger in der Praxis Beschäftigten sah ein stärkeres Kostenbewusstsein als Folge der Qualitätssicherung als die andere Gruppe ( $Z=-1,986$ ,  $p=0,047$ ). Schließlich war die Gruppe der kurzzeitig Beschäftigten signifikant zufriedener mit den Rahmenbedingungen der Institution / Praxis als die andere Gruppe ( $Z=-2,150$ ,  $p=0,032$ ).

## 6 Zur Realisierbarkeit eines Qualitätsmanagements in der Ergotherapie

Auf der kontinuierlichen Suche nach Möglichkeiten, das eigene Handeln zu verbessern, benötigen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ein modernes Qualitätsmanagement in ihren Praxen. Aufgrund der hier erarbeiteten empirischen Forschungsergebnisse sind in den Strukturen und Prozessen der einzelnen Praxis Veränderungen notwendig, um Ausgangspunkte eines solchen Vorhabens zu gestalten.

Die Forderungen nach Neuerungen führen zu einer Erörterung der Realisierbarkeit im hier betrachteten Anwendungsfeld. Zu diesem Zweck werden die einzelnen Aufgabenstellungen der Arbeit aufgegriffen und bisherige Ausführungen bzw. empirisch gewonnene Erkenntnisse diskutiert. Ziel ist es, aufzuzeigen, inwiefern die interne Qualitätsorientierung als Ausgangspunkt der Einführung eines QM-Systems in ergotherapeutischen Praxen sinnvoll zu berücksichtigen ist. Schließlich werden Wirkungen und Nebenwirkungen einer praktischen Einführung der Konzeption INTAKE diskutiert und Konsequenzen für zukünftige Forschungsaktivitäten erläutert.

Folgende Binnengliederung strukturiert die Ausführungen:

- (1) Die Ergotherapie als Dienstleistung im Gesundheitswesen
- (2) Das Handeln der Ergotherapeutin und die Erwartungen der Kunden
- (3) Mögliche Auswirkungen einer überwiegend externalen Qualitätsorientierung
- (4) Entwicklung von Qualitätsmerkmalen im Dienstleistungsbereich der Ergotherapie
- (5) Der Beginn organisationswissenschaftlicher Forschung im ergotherapeutischen Anwendungsfeld
- (6) Veränderungsbedarf aufgrund empirischer Forschungsergebnisse
- (7) Die unzureichende Nutzung organisationswissenschaftlicher Erkenntnisse
- (8) Die Konzeption INTAKE –Transfer in die Praxis
- (9) Konsequenzen für zukünftige Forschungsaktivitäten

### (1) Die Ergotherapie als Dienstleistung im Gesundheitswesen

*„Ergotherapie:*

- *befasst sich mit dem Menschen und den Rollen, Betätigungen, Aktivitäten und Interaktionen innerhalb dessen persönlichem Umfeld.*
- *gibt dem Menschen die Kraft und die Fähigkeit, in seinem täglichen Leben kompetent und vertrauensvoll zu agieren und trägt zu seinem Wohlbefinden bei.*
- *nutzt Aktivitäten einfallsreich und therapeutisch, um für die Menschen sinnvolle Ziele zu erreichen und die Auswirkungen von Dysfunktionen möglichst gering zu halten.*
- *braucht die aktive Teilnahme des Individuums am therapeutischen Prozess und die Partnerschaft zwischen Therapeut und Patient bei der Planung und beim Durchlaufen des Prozesses“ (Hagedorn, 2000, S.5).*

Wer den Stellenwert der Ergotherapie als Dienstleistung im Gesundheitswesen bestimmen möchte, bekommt mit dieser weit verbreiteten Definition von Rosemary Hagedorn zum Wesen der Ergotherapie den Eindruck, ohne Ergotherapie könnten Menschen ihr tägliches Leben kaum meistern. Dies steht in krassem Gegensatz dazu, dass augenscheinlich die Mehrheit der bundesdeutschen Bevölkerung nicht weiß, was sich hinter dem Wort „*Ergotherapie*“ verbirgt. Auch viele Ärzte scheinen nach der Devise zu verfahren: „*man weiß nicht, ob es was nutzt, aber es schadet wohl nicht*“, wenn sie, mit z.T. unzureichend konkretisierten Diagnosen, Patienten in ergotherapeutische Praxen überweisen.

Aus betriebswirtschaftlicher, soziologischer und auch aus psychologischer Sicht lässt sich die Ergotherapie als Dienstleistung kennzeichnen und in Modelle zur Klassifikation von Dienstleistungen einordnen (vgl. Kapitel 2.2).

Ergotherapeutinnen erzeugen persönliche Dienstleistungen, da Menschen die Empfänger der Dienstleistungen sind. Dies stellt deutlich andere Anforderungen an die Dienstleister, als wenn es sich bei den Empfängern um Gegenstände handeln würde.

Aufgrund der Einbeziehung des persönlichen Umfeldes des Patienten, handelt es sich um einen stark integrativen Leistungserstellungsprozess.

Als ein immaterielles Leistungsergebnis kann die Verbesserung des Wohlbefindens des Patienten eingestuft werden. Daneben sind auch materielle Leistungsergebnisse denkbar, wenn z.B. eine Prothese funktional angepasst wird.

Der Interaktionsgrad zur Erstellung der Dienstleistung ist beträchtlich, so dass der Bediente mit seiner „aktiven Teilnahme“ unabdingbarer Bestandteil im Leistungserstellungsprozess ist.

Die einzelnen Therapien werden dabei individuell auf den einzelnen Patienten abgestimmt.

Außerdem dürften neben den Patienten, aufgrund häufiger Elterngespäche, die Angehörigen einen großen Nutzen von den Dienstleistungen haben. Es kann von einem massiven Einfluss dieser „*Interaktionsqualität*“ auf das Ergebnis der Therapie ausgegangen werden.

Für das Setzen von Schwerpunkten zu einer veränderten Gestaltung ergotherapeutischer Dienstleistungen ist die betriebswirtschaftliche „*Negativ-Abgrenzung*“ wenig geeignet.

Hilfreicher erscheinen hier die psychologischen Definitionsmerkmale von Nerdinger (1994, vgl. Kapitel 2.6.3), die den „*Versuch einer Problemlösung*“ in den Mittelpunkt stellen.

So rückt die Ergotherapie in ihrem „*Dienstleistungscharakter*“ in die Nähe psychologischer Dienstleistungen (vgl. Kapitel 2.6.2).

Das Spezifische der Dienstleistung Ergotherapie sollte in Zukunft stärker herausgestellt werden, um ein transparentes Profil im Anwendungsfeld ausbilden zu können. Außerdem wird dadurch verhindert, dass Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten weiterhin von Patienten bzw. Angehörigen mit psychologisch beratenden bzw. sozialpädagogischen Rollenerwartungen konfrontiert werden, ohne adäquat dafür ausgebildet zu sein.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit muss in Zukunft deutlich verstärkt werden.

## (2) Das Handeln der Ergotherapeutin und die Erwartungen des Kunden

Das so skizzierte Wesen ergotherapeutischer Dienstleistungen erscheint stark durch Kundenwünsche beeinflusst und ist der Grundausrichtung nach stark external orientiert, zumal ohne die aktive Teilnahme der Kundengruppen, Prozesse der Leistungserstellung nicht gesteuert und Therapieerfolge nicht erreicht werden könnten.

Die Berücksichtigung der Kundeninteressen prägt die Entwicklung der Ergotherapie auch inhaltlich und kann in Zukunft durchaus Vorteile im Gesundheitswesen erbringen. Methoden werden um so bessere „*Marktchancen*“ zugesprochen, je weniger eingreifend sie vorgehen (vgl. „*Prinzip der minimalen Intervention*“; Kanfer et al., 1996). Eine Behandlung ist danach um so eingreifender, je schmerzhafter, ängstigender, länger, defizit- statt ressourcenorientierter, autonomie-beschneidender und nebenwirkungsreicher sie ist. Und dabei ist das Urteil des Patienten und nicht der Therapeutin entscheidend.

Der Bedeutungshorizont des „Kunden“ wird erweitert, in dem der als Kunde wahrgenommene Patient verstanden werden kann. Der Patient wird nicht mehr ausschließlich als hilflos und ohnmächtig gesehen, sondern auch als entscheidungsfähig und autonom. Es wird entsprechend stärker ressourcenorientiert vorgegangen. Der Patient wird nicht nur als Empfänger einer therapeutischen Wohltat gesehen, sondern als Kontrolleur einer von ihm bezahlten Dienstleistung. Schließlich wird die Institution nicht mehr primär unter ihrer Funktionalität für den Mitarbeiter gesehen, sondern für den Patienten. Die Ansprüche des Kunden sind individuell und situationsabhängig. Es werden Problemlösungen erwartet und gleichzeitig Erfahrungen mit der Dienstleistung gemacht, die sich mit vergangenen Erfahrungen mischen. Es kommt zur Mund-zu-Mund-Kommunikation zwischen Kunden und potentiellen Kunden, in die auch die wahrgenommene Qualität der Interaktion zwischen Dienstleister und „Kunden“ einbezogen wird (vgl. Parasuraman et al., 1985; Klaus, 1991). Den Kunden wird es allerdings auch weiterhin kaum möglich sein, die Differenz zwischen Möglichkeiten ergotherapeutischer Dienstleistungen und empfundener Realität einzuschätzen. Sie erwarten vermutlich konzentrierte Zuwendung (Aufmerksamkeit, Empathie, Wertschätzung) und klare Strukturierung der Rahmenbedingungen, die auf äußerst vielfältige Art und Weise erbracht werden kann.

Bei vielen Kernvorgängen des therapeutischen Handelns erscheint es demnach sehr schwierig, diese dem unmittelbaren Kunden transparent zu machen. Allerdings wird es in Zukunft unumgänglich sein, den einzelnen Kundengruppen „*angemessene*“ Informationen zur Verfügung zu stellen, die ergotherapeutische Dienstleistungen transparent machen und so eine qualitative Grobeinschätzung der einzelnen Praxis ermöglichen.

Da der empirische Nachweis ergotherapeutischer Interventionen auch in Zukunft schwer zu erbringen sein wird und die einzelne Praxis kaum in der Lage sein wird, dies zu leisten, sollte sie zumindest den Bekanntheitsgrad der Ergotherapie durch gezielte Aktivitäten erhöhen.

### **(3) Mögliche Auswirkungen einer überwiegend externalen Qualitätsorientierung**

Kundensicht und Kundenwunsch zu vertrauen und in der Therapie zu folgen, entspricht der Ausrichtung ergotherapeutischer Tätigkeiten. Eine solch überwiegend externalen Ausrichtung kann neben den positiven auch gravierende negative Folgen für die Ausrichtung eines Qualitätsmanagement-Systems haben. Qualitätsmodelle wurden in dieser Arbeit hinsichtlich ihrer Qualitätsorientierung analysiert. Der Standort des Betrachters war durchweg außerhalb des Systems, den Fokus meist „external“ auf den Kunden ausgerichtet. Bei der Suche und Konzeption von Qualitätsmerkmalen wurde sehr stark auf die externe Kundensicht vertraut und die interne Mitarbeitersicht systematisch vernachlässigt.

Bei einer solch „externalen Qualitätsorientierung“ ist die Dienstleistungsqualität das Ergebnis eines Verarbeitungsprozesses zwischen Erwartung und Erleben von Dienstleistungen durch den Kunden. Das bedeutet, dass Qualität ausschließlich durch den Kunden (dabei meist durch eine bestimmte Kundengruppe, nämlich den Endabnehmer) und ohne Berücksichtigung des Systems der Organisation und seiner Struktur definiert wird.

Empfehlungen zur Verbesserung der Dienstleistungsqualität beziehen sich in der Folge meistens ausschließlich auf das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Organisation und nicht darauf, die Organisationsstrukturen zu verändern. Damit werden aber wesentliche Potentiale ausgeblendet, die eine Verbesserung der Dienstleistungsqualität erst ermöglichen. Der alleinige Fokus auf den externen Kunden provoziert interne Organisationskonflikte, sowie Intra- und Interrollenkonflikte der Mitarbeiter (vgl. Nerdinger, 1994).

Die Zufriedenheit des Anbieters wird gar nicht oder zumindest nur bedingt berücksichtigt. Implizit wird meist angenommen, dass folgende Abhängigkeit besteht: „Wenn mein Kunde zufrieden ist, bin ich ebenfalls zufrieden“. Der Kundenbegriff wird zudem eindeutig extern verortet. Interne Kunden (Mitarbeiter etc.) finden kaum Berücksichtigung.

Die Frage scheint berechtigt, ob wirklich Zufriedenheit beim Anbieter erzeugt wird, oder ob im Sinne eines Hygienefaktors (Herzberg, 1968; aus Comelli & Rosenstiel, 1995) lediglich Unzufriedenheit verhindert werden soll. Die Ausrichtung der Aktivitäten eines Qualitätsmanagement-Systems in „externaler Tradition“ führt dann fast zwangsläufig dazu, dass der „externe Faktor“ in den Mittelpunkt geschoben wird, ohne die Interaktion von Dienstleister und Kunden ausreichend zu berücksichtigen.

*„Während die externe Qualitätssicherung den ‚anerkannten Stand‘ (objektive Qualität) zur Leitmaxime hat, dient das Qualitätsmanagement in erster Linie der Erfüllung der Patientenerwartungen (subjektive Qualität)“ (Winter, 1997, S.29).*

Darüber hinaus „definieren“ Verfechter einer externalen Qualitätsorientierung viele Umweltfaktoren als eher feindlich. Es wird häufig postuliert, dass sich das Unternehmen gegen diese Umwelt zur Wehr setzen und aus diesem Grund ein Qualitätsmanagement-System gestaltet werden müsse (Stichwort „Konkurrenz im Wettbewerb“).

*„Was dem Politiker Sorge macht, ist die Tatsache, dass der Begriff Qualitätssicherung zugleich wieder mit Angst besetzt ist. Es wird gerne der Vorwurf herausgehört, bislang gäbe es Qualitätsmängel. Die Angst vor Kontrolle, Reglementierung, Überwachung und Strafe schwingt mit. Was die Politik fördern kann und muss, ist ein angstfreies, kooperatives und förderliches ‚Qualitätssicherungs-Klima‘“ (Schmidbauer, 1995, S.18).*

Vertreter einer eher externalen Qualitätsorientierung zeigen vielfältige Aspekte der Einwirkungen von Umweltbedingungen auf:

- Allgemeine gesundheitspolitische Aspekte  
*„Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht in ihrem Programm ‚Gesundheit 2000‘ die Einführung effektiver Verfahren der Qualitätssicherung als Entwicklungsziel bzw. Rahmenrichtlinie für die Gesundheitssysteme der Mitgliedsstaaten vor“ (Laireiter, 1995, S.177).*
- Gesundheitsgesetzliche Aspekte  
*„Die Diskussion, ob eine Qualitätssicherung im Gesundheitswesen notwendig ist, kann nicht mehr geführt werden: Die Qualitätssicherung ist bereits als eine gesetzliche Forderung im fünften Sozialgesetzbuch der Bundesrepublik Deutschland festgeschrieben“ (Jaster, 1997, S.3).*
- Ökonomische Aspekte  
*„Aus den gesetzlichen Vorgaben des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1993 und der Bundespflegesatzverordnung von 1995 lässt sich unschwer erkennen, dass Krankenhausbetriebe und in ähnlichem Maße auch ambulante Praxen, als Wirtschaftsunternehmen mit allen sich daraus ergebenden Konsequenzen geführt werden müssen. Damit hätten umfangreiche Qualitätssicherungsmaßnahmen einen volkswirtschaftlichen Nutzen“ (Jaster, 1997, S.5).*
- Aspekte zunehmenden Wettbewerbs  
*„Durch die Bemühungen um Qualitätssicherung und –management erlernen die Gesundheitseinrichtungen einen offenen Umgang mit der Bewertung der Qualität der eigenen Leistungen. Im zunehmenden Wettbewerb (...) ist diese Offenheit eine Grundvoraussetzung für die eigene Standortbestimmung auf dem Markt der Gesundheitsleistungen“ (Winter, 1997, S. 30).*
- Aspekte des Patientenschutzes  
*„Vor dem Hintergrund des Konsumenten- und Patientenschutzes ist die Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen als ein Beitrag zum Schutz der Interessen und Rechte der Patienten sowie deren Anspruch auf bestmögliche Versorgung zu sehen“ (Lutz, 1997, S.5).*
- Versorgungspolitische Aspekte  
*„Die Leistungsträger haben die Verpflichtung hinsichtlich der Ressourcenallokation Qualitätsgesichtspunkte zu berücksichtigen und zweckmäßige, ökonomisch vertretbare sowie effektive Verfahren für die Patienten zur Verfügung zu stellen“ (Lutz, 1997, S.5).*

Im Zusammenhang mit der individuellen Intentionsbildung, dem Wunsch, „*die Qualität der eigenen Arbeit zu sichern und zu verbessern*“, können solche Aspekte im Sinne normativer Überzeugungen der einzelnen Ergotherapeutin verstanden werden. Diese werden beim Individuum in dem Grade handlungswirksam, wie verbindlich und „*machtvoll*“ solche Erwartungen potentiell relevanter Bezugsgruppen gehalten werden. Dies reicht allerdings nicht zur „*Selbstverpflichtung*“ der absichtsvollen Realisierung eines QM-Projektes durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In diesem Zusammenhang sind internale Bezugsgrößen außerordentlich relevant (u.a. Selbstwirksamkeitserwartung etc.), die in einer vorwiegend „*externalen Qualitätsorientierung*“ systematisch ausgeblendet werden.

Im Ergebnis kann eine solche Orientierung dazu führen, dass sich die ergotherapeutischen Interventionen an „*kurzfristigen Launen des Patienten*“ orientieren und taktisch daran angepasst werden. Eine zielorientierte, strategische Planung und Durchführung der Therapie wird so erschwert, was gravierende Auswirkungen auf Maßnahmen der Qualitätssicherung in einem solchen System hat.

#### **(4) Entwicklung von Qualitätsmerkmalen im Dienstleistungsbereich der Ergotherapie**

Bislang gibt es keine branchenspezifischen Qualitätsmerkmale für ergotherapeutische Praxen bzw. für ergotherapeutische Tätigkeiten, anders als dies in anderen Branchen der Fall ist. Um ein einzelnes Qualitätsmerkmal messbar zu machen, muss es nach vorherrschender Meinung in Qualitätselemente zerlegt werden. Ziel eines solchen Vorgehens ist es, aus den einzelnen Qualitätselementen strukturelle Gestaltungsmerkmale für die ergotherapeutische Praxis und konkrete Verhaltensrichtlinien für den Dienstleister zu entwickeln. Einzelne Qualitätselemente wirken sich auf verschiedene Ebenen der Qualität aus. Das hier entwickelte Fokussierungs-Prozess-Modell (vgl. Kapitel 2.7.3) versucht, mit dem „*individuellen Setting*“ der einzelnen Ergotherapeutin als Ausgangspunkt, die Entwicklung verschiedener Qualitätsmerkmale zu fördern. Die einzelnen Wirkebenen der Merkmale werden im Zuge der Einführung eines QM-Systems bewusst gemacht, um neben den internalen und internen, auch die externalen (Aus-) Wirkungen zu berücksichtigen. Ziel ist es, einer ganzheitlichen Therapieform auch eine ganzheitliche Qualitätsorientierung an die Seite zu stellen.

Der Anteil der Technik, im Sinne von Handwerkszeug in der Therapie, ist verhältnismäßig leicht zu erfassen und durchaus einem Verständnis klassischer Qualitätssicherungssysteme zugänglich. Eine Ergotherapeutin verwendet Formblätter, sie verfügt über Leitfäden, Tests und häufig über einen Computer (z.B. für Hirnleistungstrainings). Eine Ergotherapeutin kann durch die Selbstverpflichtung zur Fort- und Weiterbildung im Rahmen ihrer therapeutischen Grundausrichtung (z.B. sensorische Integrationstherapie) die Breite und Aktualität ihres



Handlungsrepertoires erweitern. Fraglich ist, was sie davon tatsächlich anwendet und noch mehr, wie sie es anwendet.

Innerhalb der Konzeption INTAKE ist es prinzipiell möglich, auch Qualitätsmerkmale, die schlecht systematisierbar bzw. dokumentierbar sind (wie z.B. *Zuwendungsverhalten*), die aber das Ergebnis der Therapie entscheidend mitbestimmen, im Sinne der Selbstbewertung aufzugreifen. Häufig werden Videoaufzeichnungen einzelner Therapieeinheiten für Fallbesprechungen im Team genutzt. Eine Beurteilung wäre durch „*Peer Ratings*“ durchaus möglich, indem Kolleginnen und Kollegen das „*Zuwendungsverhalten*“ beurteilen.

Einzelne Bereiche (u.a. Organisatorische Prozesse, Therapieprozesse, Personalführung) könnten schließlich anhand unterschiedlicher Qualitätsmerkmale auf den vier Ebenen der Fokussierung (internal, intern, external, extern) in einem Selbstbewertungssystem beurteilt werden.

Eine Zukunftsaufgabe muss es demnach sein, in Studien die wichtigsten Bewertungsbereiche, Qualitätselemente und -merkmale ergotherapeutischer Praxen zu ermitteln. Aus anderen Branchen ist bekannt, dass Qualitätsmerkmale meist sehr allgemein formuliert sind (wie z.B. Verlässlichkeit, Annehmlichkeit, Leistungskompetenz, Reagibilität, Flexibilität; vgl. Berkel, 1998, S.31). Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der einzelnen Praxis haben dann die Aufgabe, eine Konkretisierung vorzunehmen, indem sie die für sie wichtigen Qualitätsmerkmale festlegen. Entscheidend dabei ist, dass die Merkmale organisationsstruktur- und verhaltensnah beschrieben werden, damit sie jede Mitarbeiterin verstehen kann, was wiederum eine unabdingbare Voraussetzung für die Umsetzung am Arbeitsplatz ist.

### **(5) Der Beginn organisationswissenschaftlicher Forschung im ergotherapeutischen Anwendungsfeld**

Einzelne Aufgabenstellungen und schließlich auch die Gesamtkonzeption INTAKE entstanden im Kontakt mit vielen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten.

Forderungen, in verstärktem Umfang einen Nachweis ihrer Therapien zu erbringen, wurden und werden durch verschiedene Interessengruppen im ergotherapeutischen Berufsfeld geäußert und finden sich nicht zuletzt im § 125 SGB V als Auftrag zur Qualitätssicherung an die Heilmittelerbringer.

Dieser Forderung, wissenschaftlich Erkenntnis- und Wissensbestände zu erarbeiten, stehen wenig geeignete Strukturen im Aus-, Fort- und Weiterbildungsbereich entgegen. Schließlich findet die Ausbildung nahezu ausschließlich an Berufsfachschulen statt. Seminare zum Thema Qualitätssicherung, verbunden mit der Vermittlung von Grundlagen der Diagnostik, Dokumentation und Therapieevaluation werden verstärkt nachgefragt, vielleicht auch, um eine erste Orientierung in wissenschaftlichem Arbeiten zu bekommen.

Aufgrund solch personaler und struktureller Schwächen war die Wahl des Anwendungsfeldes ein Wagnis, das eine „*rollende Planung*“ des gesamten Vorhabens sinnvoll erscheinen liess.

Untersuchungseinheit: Eine sinnvolle Untersuchungseinheit für die Evaluierung des hier vorgelegten Konzeptes ist die Einzelpraxis. Aber was tun, wenn nicht genügend Praxen innerhalb des Forschungszeitraums gefunden werden können? Dieses Risiko war von Anfang an gegeben und wurde schließlich zur realen Schwierigkeit. Die Zeiträume zur Umsetzung der Konzeption wurden unterschätzt, was sich im Resultat der empirischen Forschung dieser Arbeit zeigt: lediglich die persönliche Ausgangssituation in der Praxis konnte im Querschnitt ermittelt werden, Fallberichte von Gesamtverläufen sind bislang nicht vorhanden.

Durch die Veränderung der Untersuchungseinheit hin zum „*Individuum in der Praxis*“ konnte diesem Problem begegnet werden. Die Nebenwirkungen dieses Vorgehens lagen im „klassischen“ Querschnittsvergleich einzelner Untergruppen, die nach verschiedenen Kriterien und intervenierenden Variablen zusammengestellt und analysiert wurden. Die Aussagekraft einer solchen Empirie ist begrenzt: deskriptive Darstellung von Sachverhalten, Prüfung von Zusammenhangshypothesen, Ermittlung signifikanter Unterschiede zwischen einzelnen Untergruppen. Die „IST-Diagnose“ ersetzte die Analyse der ganzheitlichen Konzeption. Drei Erhebungsinstrumente wurden adaptiert, um die Ausgangssituation möglichst umfassend und transparent abzubilden.

Stichprobengröße: Ob bedeutsame Effekte auch signifikant werden, hängt in erster Linie von der Stichprobengröße ab. Die Datenbasis kann mit einer Stichprobengröße von  $n=98$  (Erhebung A),  $n=101$  (Erhebung B) bzw.  $n=265$  (Erhebung C) nach Bortz & Lienert (1998) als „optimal“ bezeichnet werden, um auf dem 1% bzw. 5% Signifikanzniveau Zusammenhänge und Lokalisationsunterschiede mittlerer Effektgrößen feststellen zu können.

Repräsentativität: Mit dem Erhebungsinstrument (C) wurden Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten aus über 70 Praxen in der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich und der Schweiz befragt. Ohne Vergleichszahlen hinzuziehen zu können, wird die Repräsentativität der Stichprobe daher angenommen.

Analyse von Teilstichproben: Die Stichproben B und C setzten sich jeweils zur Hälfte aus Leiterinnen und Mitarbeiterinnen zusammen. Dies ermöglichte eine interessante Teilgruppenbildung. Bei einigen normalverteilten Variablen (z.B. Alter, Berufserfahrung, Anzahl an Kolleginnen, Dauer der Tätigkeit in der Arbeitsstelle) war es zudem möglich, Vergleiche von Extremgruppen zu berechnen. Die Untersuchung intervenierender Variablen erwies sich als äußerst sinnvoll. Auch im Kleinbetrieb „Ergotherapeutische Praxis“ sind gravierende Differenzierungen innerhalb der Mitarbeitergruppe vorhanden, die beachtenswert erscheinen.

Instrument zur Selbstreflexion: Das „*Instrument zur Reflexion über Qualitätsmerkmale der Tätigkeit*“ (adaptiert nach Selck, 2000) war in der Praxis sehr gut anwendbar und lieferte

durch seinen hohen Anregungsgehalt im Team einen guten Einstieg in die persönliche Auseinandersetzung mit der Qualität der eigenen Tätigkeit. Eine Nebenwirkung war, dass „freie Assoziationen“ eine bekanntermaßen geringe „Güte“ besitzen, was ihre Reproduzierbarkeit und somit Zuverlässigkeit angeht. Auf den Prozess fokussiert, wurde diese strukturelle Schwäche des Verfahrens in Kauf genommen.

Einschätzung der persönlichen Arbeitssituation: Als „Fragebogen zur persönlichen Arbeitssituation in der ergotherapeutischen Praxis“ wurden Items des SALSA (vgl. Rimann & Udris, 1997) übernommen. Der „Tauglichkeitsprüfung“ mit Stichproben des Dienstleistungssektors (u.a. Krankenschwestern und -pflegern) wurde in Bezug auf die Faktorenstruktur vertraut, da nach Angabe der Autoren die Zusammenstellung aufgrund von Cluster- und Faktorenanalyse geschah. Die Benennung der Merkmalsbereiche war aus inhaltlicher Sicht außerdem gut geeignet, um konstruktive Rückmeldungen im Teamgespräch zu organisieren. Für die praktische Anwendung war das Verfahren also durchaus geeignet.

Leider konnte die Faktorenstruktur hier nicht reproduziert werden. Nebenwirkung war, dass bei der Datenanalyse eine andere Faktorenstruktur zugrunde gelegt wurde als bei der Durchführung, um den Ergebnissen eigener Faktorenanalysen Rechnung zu tragen.

Vergleiche mit anderen Erhebungen anhand des SALSA wurden daher nicht durchgeführt.

Einschätzung zu Wirkungen der Qualitätssicherung: Im „Fragebogen zur Beurteilung von Qualitätssicherung in der Praxis“ wurden potentielle Wirkungen der Qualitätssicherung anhand von Items eines Fragebogens von Lutz (1997) ermittelt, der sie als Einzelitems zum Extremgruppenvergleich von QS-Erfahrenen und QS-Unerfahrenen nutzte. Zur Vereinfachung der Auswertung und Erhöhung der Übersichtlichkeit wurden bei INTAKE Einzelskalen gebildet. Die interne Konsistenz der Gesamtskala lag bei  $r=0,78$ , was eine relativ konsistente Beantwortung über alle Items anzeigte.

Aus inhaltlichen Gründen wurde an der Faktorenstruktur festgehalten, mit der Nebenwirkung, dass die Einzelskalen z.T. sehr hoch miteinander korrelierten.

Moderierte Ideenfindung: Schließlich wurden die Einzelitems zur Ermittlung der Rahmenbedingungen in der Praxis und der Dokumentationsunterlagen aufgrund einer moderierten Ideenfindung zusammengestellt. Als Nebenwirkung kann kein Anspruch auf Vollständigkeit gestellt werden, zumal sie nicht von „Experten“ ergänzt wurden.

Zum Beginn dieser organisationswissenschaftlichen Forschung im ergotherapeutischen Anwendungsfeld wurde eine Reihe wahrgenommener Risiken und aufgetretener Nebenwirkungen bewusst in Kauf genommen. Schließlich konnte dadurch eine Reihe empirischer Forschungsergebnisse ermittelt werden, die zukünftige Veränderungen in ergotherapeutischen Praxen notwendig erscheinen lassen, mit dem Ziel, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung zu ermöglichen.

## **(6) Veränderungsbedarf aufgrund empirischer Forschungsergebnisse**

Reflexion über Qualitätsmerkmale der eigenen Tätigkeit: Wer aufgefordert wurde, über die Qualitätsmerkmale der eigenen Tätigkeit zu reflektieren, wie dies im ersten Teamgespräch geschah, richtete die Aufmerksamkeit bewusst nach innen. So war es nicht verwunderlich, dass zu Beginn Qualitätsmerkmale benannt wurden, ob nun persönlich, sozial, methodisch oder fachlich assoziiert, die mit dem Individuum in der Praxis zusammenhingen. Im Verlaufe der Reflexion wurden aber ebenso viele Kriterien assoziiert, die sich um die Strukturen und Prozesse der Praxis drehten und etwa 20% der Kriterien konnten dem Qualitätsmerkmal „Arbeitsumfeld und Markt“ zugerechnet werden. Im Prozessverlauf richtete sich die Aufmerksamkeit demnach auch auf „äußere“ Bereiche, die subjektiv einen Einfluss auf die Qualität der eigenen Tätigkeit hatten. Der Zeitanatz erschien gerechtfertigt, um ausreichend viele Merkmale für das Teamgespräch zur Verfügung zu haben. Das einzelne Stichwort (z.B. Flexibilität) reichte aus, um im Gespräch die Wirkungen im komplexen Gefüge anderer Qualitätselemente auszutauschen und so ein komplexes Bild der „*Qualität der eigenen Tätigkeit*“ zu entwickeln.

Die starke „*Ego-Zentrierung*“ zu Beginn könnte insofern problematisch sein, weil sich die meisten Teams nicht neu bilden, sondern schon einen langen und z.T. schmerzhaften Weg der Gruppenentwicklung hinter sich haben. Sympathien und Antipathien zwischen den einzelnen Mitarbeiterinnen und besonders gegenüber der Leitung könnten bereits stark verhärtet sein, was einen kollegialen Austausch deutlich erschweren würde. Die Erfahrungen zeigten bislang, dass viele Teilnehmerinnen sehr froh über diesen Start waren, weil sie sich nicht von Anfang an vor anderen verteidigen mussten. Jede Mitarbeiterin konnte erst einmal „*selbst bestimmt*“ agieren. Die meisten Teilnehmerinnen hatten zuvor noch nie über die einzelnen Facetten der Qualität ihrer Tätigkeit nachgedacht.

Schließlich konnte eine „*internale*“ Qualitätsorientierung zu Beginn verhindern, dass das Team ohnmächtig in ein kollektives Klagen über die schwierigen Rahmenbedingungen verfiel bzw. paralytisch Aktionen der „*feindlichen*“ Aussenwelt abwartete, ohne die eigene Handlungsfähigkeit zu erkennen. Ein zusätzliches Indiz für diese Annahme lieferte das Ergebnis, dass diejenigen Kompetenzen, die mit dem Individuum in der Praxis zusammenhingen, am zentralsten eingeschätzt wurden und gleichzeitig die individuellen Ausprägungen dieser Merkmale am stärksten eingeschätzt wurden. Die Bedrohung durch „externe“ Kräfte trat offensichtlich in den Hintergrund. Persönliche Aktionsfähigkeit wurde gestärkt.

Anforderungsmerkmale an die ergotherapeutische Tätigkeit: Die als „notwendig“ eingeschätzten persönlichen Anforderungsmerkmale an die ergotherapeutische Tätigkeit, die in Kapitel 3.1.2 herausgearbeitet wurden, finden sich auch in den Assoziationen der Befragten wieder (u.a. Verantwortungsbewusstsein, Zuverlässigkeit, Selbstbeherrschung, ...). Es gibt außerdem Ähnlichkeiten in der Einschätzung der Arbeitssituation. Der Freiraum für eigene

Entscheidungen und die selbstständige Einteilung der Tätigkeiten stehen im Vordergrund. Hervorzuheben ist, dass die Arbeitssituation zwar durch große Selbstständigkeit und Tätigkeiten als Alleinkraft mit Arbeiten ohne Kontrolle bzw. Aufsicht charakterisiert wurde, gleichzeitig aber das Verhalten der Leitung maßgeblich mit diesen Potentialen der Tätigkeit zusammenhing. Außerdem fehlte bei den Anforderungen und Umgebungseinflüssen der Tätigkeit (vgl. Kapitel 3.1.2) ein Hinweis auf den „*Zeitdruck bei der Arbeit*“, der als wesentliche, subjektive Belastung im Arbeitsalltag eingeschätzt wurde und in dieser Untersuchung als wesentlicher Prädiktor eine „*Überforderung durch die Arbeitsaufgabe*“ bedingte. Augenscheinlich wird dieser Zeitdruck durch die externale Qualitätsorientierung bei gleichzeitig mangelhaften internen Standards im Bereich der Dokumentation noch erhöht. So sollen Ärzte als verordnende Auftraggeber mit einem umfassenden (meist frei formulierten) Befundbericht zufriedengestellt werden. Dieser Bericht muss außerhalb der eigentlichen Arbeitszeit erstellt werden und wird nicht vergütet. Außerdem bleibt zu vermuten, dass ein Arzt in der Regel nur wenige Minuten für das Lesen solcher Berichte aufwendet, bis er seine Entscheidung über eine Weiterverordnung getroffen hat.

Mitarbeiterorientiertes Leiterverhalten: Ein Ergebnis der Untersuchung war, dass die persönliche Arbeitssituation in der ergotherapeutischen Praxis vor allem durch das Verhalten der Leiterin beeinflusst wurde. Das Leitungsverhalten wies Zusammenhänge mit der Einschätzung der Aufgabencharakteristika auf. Das Sozialklima wurde maßgeblich durch die Leitung mitbestimmt, und es wurden hoch signifikante Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastungen und Leitungsverhalten gefunden. Wer eine Praxis leitete, beurteilte seine persönliche Arbeitssituation in vielen Bereichen deutlich positiver als dies eine angestellte Mitarbeiterin tat. Das Selbsturteil in Bezug auf mitarbeiterorientiertes Leiterverhalten sah dabei durchweg positiver aus als die Fremdbeurteilung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dieser empirische Befund ist zwar die Regel und nicht die Ausnahme bei Mitarbeiterbefragungen in Organisationen. Innerhalb der Konzeption INTAKE wird diesem Sachverhalt durch Feedback und Aushandlung unterschiedlicher Ansprüche und Ziele ein großer Stellenwert eingeräumt. Team stärkendes Ziel ist dabei, dass sich Selbstbild der Leitung und Fremdbild der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter annähern, um eine gemeinsame Basis der Zusammenarbeit zu finden.

Arbeitsklima: Die angenommene Mehrarbeit, die Angst vor Kontrolle und das zentrale Ziel der Kostenkontrolle dominierten „negative“ arbeitsklimatische Auswirkungen von QS-Maßnahmen aus Sicht der Ergotherapeutinnen. Klimatisch erschienen für die Mehrzahl der Befragten weder die einzelnen Teams noch die therapeutische Freiheit durch Maßnahmen zur Qualitätssicherung gefährdet zu sein. Zwei Drittel erwarteten sogar eine Verbesserung der Arbeitszufriedenheit, wobei den unten erwähnten Rahmenbedingungen große Wichtigkeit zukommt. Schließlich wird das Qualitätsniveau der einzelnen Praxis transparenter; wie

gut dieses Niveau auch sein mag. Trotz zusätzlicher Belastungen werden demnach insgesamt positive Impulse auf das Arbeitsklima angenommen.

Therapeutische Arbeit: Maßnahmen zur Qualitätssicherung wirken sich in der Einschätzung der Befragten positiv auf Behandlungsablauf und –ergebnisse und auf die Ziel- und Problemorientierung aus. Sie helfen beim empirischen Nachweis der Wirksamkeit der Therapieprogramme. Die therapeutische Arbeit wird nach dieser Einschätzung konsistent auf vielen Ebenen verbessert. Es kann von einer grundsätzlich positiven Grundeinstellung gegenüber QS-Maßnahmen ausgegangen werden, wobei auch hier die Wichtigkeit der Rahmenbedingungen hervorgehoben werden muss.

Externe Orientierung: Ein „*internal*“ ausgerichtetes Vorgehen beim Einstieg ins Qualitätsmanagement erscheint nicht unvereinbar zu sein mit der Einstellung, dass Praxen Vorgaben von externen Stellen bekommen sollten, um einen Standard zu etablieren. Im Extremgruppenvergleich zeigte sich bei der Gruppe der „extern orientierten“ eine offensichtlich „konstruktive“ Form der Unzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen in der eigenen Praxis, da sie diese als außerordentlich wichtig einschätzten. So entstand der Eindruck, dass gerade diejenigen, die Vorgaben externer Stellen befürworteten, sich verstärkt im Wettbewerb untereinander befanden und auf die Transparenz der Praxen setzten, möglicherweise damit so die „*Spreu vom Weizen getrennt werden könnte*“. Sie selbst sahen sich für einen „externen“ Vergleich gewappnet.

Rahmenbedingungen der Praxis: Die ermittelten strukturellen Voraussetzungen bilden die empirische Ausgangsbasis zur Einführung eines QM-Systems. Die Schwerpunktsetzung des Konzeptes INTAKE erschien nach Analyse der Rahmenbedingungen an genau den richtigen Schwachstellen anzusetzen: bei der Teamentwicklung und bei kollegialer Erfolgskontrolle. Es fehlt an adäquater Supervision und Fallbesprechung, beides Merkmale, die wesentlich zur Teamentwicklung beitragen können. Um kollegiale Erfolgskontrolle durchführen zu können, muss Wissen über Tests und den Umgang mit Testverfahren ebenso vorhanden sein wie das Wissen über Möglichkeiten und Grenzen einzelfallstatistischer Auswertung von Therapieverläufen. Innerhalb der Weiterbildung in Qualitätssicherung müssen in diesen Bereichen Schwerpunkte gesetzt werden, um so die Grundlage einer funktionierenden kollegialen Erfolgskontrolle zu setzen. Außerdem muss die Akzeptanz und Notwendigkeit von Weiterbildungen im Bereich der Qualitätssicherung stärker vermittelt werden, bzw. müssen bislang nicht vorhandene Anreizsysteme geschaffen werden, um Maßnahmen zur Qualitätssicherung einen gebührenden Platz im Gesundheitswesen einzuräumen. Schließlich hatten zum Zeitpunkt der Befragung nur wenige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Erfahrung mit Ansprechpartnern in Verbänden. Sie waren zudem eher unzufrieden mit diesen Ansprechpartnern, die in Zukunft für Anfragen u.a. leichter erreichbar sein sollten.

Dokumentationsunterlagen der Praxis: Zur Zeit sind ergotherapeutische Praxen trotz vielfältiger Bemühungen noch weit von „nationalen Standardbögen“ als Dokumentationsunterlage entfernt. Die Wirkung einer durchdachten und in einem wichtigen Schritt als „Praxen-Standard“ eingeführten Dokumentation kann sich im Sinne einer „transparenten Therapie“ auf vielen Ebenen zeigen: beim Arbeitsklima und bei der therapeutischen Arbeit. Früher wurde „Qualitätssicherung = Dokumentation“ gesetzt und auch heute ist eine gute Dokumentation eine wesentliche Voraussetzung eines funktionierenden und akzeptierten Qualitätsmanagements in der Praxis.

Der notwendige Veränderungsbedarf, der aus Sicht der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten benannt wurde, liefert wesentliche Anhaltspunkte für Problemlösungen in der Praxis.

Bislang werden Ergebnisse organisationswissenschaftlicher Forschung allerdings nur selten im Anwendungsfeld genutzt, obwohl es sich um angewandte Forschungsstrategien handelt.

### **(7) Die unzureichende Nutzung organisationswissenschaftlicher Erkenntnisse**

Die Misere zeigt sich in nahezu allen Anwendungsfeldern, ob bei politischen Entscheidungen im Gesundheitssystem, bei Schulentwicklungsprojekten, bei strategischen Entscheidungen in Unternehmen: wissenschaftliche Erkenntnisse werden nur selten genutzt, um Probleme in der Praxis zu lösen. Auch bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zum Aufbau von Qualitätsmanagement-Systemen im Gesundheitswesen werden organisationswissenschaftliche Erkenntnisse bislang nur unzureichend verwertet.

Warum ist dies augenscheinlich auch in ergotherapeutischen Praxen der Fall? Hier wird der Argumentation Nienhüfers (1998) gefolgt, der die Bestimmungsgründe für die Nutzung personal- und organisationswissenschaftlicher Erkenntnisse in Unternehmen auf der Grundlage theoretischer und empirischer Belege analysierte.

Fehlendes Wissen: Die Leitung einer ergotherapeutischen Praxis hat subjektive Vorstellungen darüber, wie eine Praxis personell und organisatorisch zu leiten ist. Seit einiger Zeit tauchen (in der Regel externe) Forderungen nach Qualitätssicherung auf, die aufgrund fehlenden Wissens nur schwer in praktisches Handeln umgesetzt werden können. Der Problemdruck steigt und so versucht die einzelne Ergotherapeutin, Wissen über solche Vorhaben zu bekommen. Dabei ist es nach Nutt (1984; aus Nienhüser, 1998) sehr wahrscheinlich, dass sie zuerst in der eigenen Praxis nach Lösungen sucht und schließlich andere Praktikerinnen fragt. Solange Praktikerwissen verfügbar ist, wird nicht nach wissenschaftlichen Erkenntnissen gesucht. Erst wenn Praktikerwissen gänzlich fehlt, wie dies im Bereich des Qualitätsmanagements zur Zeit angenommen werden kann, wird nach wissenschaftlichen Erkenntnissen gesucht.

Kognitive Dissonanz: Werden nun wissenschaftliche Erkenntnisse gefunden, wie z.B. der starke Einfluss eines mitarbeiterorientierten Leiterverhaltens, kann dieses Wissen für die Entscheider vor Ort als „gefährlich“ eingestuft werden. Die Leiterin bekommt z.B. Hinweise darauf, dass von ihr akzeptierte Praktiken nicht funktionieren und grundlegende Prämissen der Arbeit in Frage gestellt werden. Im Resultat kann nun nach Sadowski (1991; aus Nienhüser, 1998) davon ausgegangen werden, dass Praktiker dann wissenschaftliche Erkenntnisse akzeptieren, wenn diese Einsichten wenig kognitive Dissonanz auslösen. Der Erfolg einer Praxis wird vermutlich vorwiegend dem Handeln der Leitung zugeschrieben. Ich gehe davon aus, dass Leiterinnen ergotherapeutischer Praxen gerade die hier benannten wissenschaftlichen Erkenntnisse ablehnen werden, die ihre aktive Leitungsrolle bei der Umsetzung eines QM-Systems in Frage stellen. Systemverträgliche Aufgabe der Leitung ist es aber lediglich, Grenzabstimmungen zwischen den einzelnen Teammitgliedern zu leisten und nicht, ihnen zentralisierend eine „Praxis-Norm“ aufzuzwingen.

Politische Nutzung: Das Wissen wird nach Neuberger (1995) in der Regel machtstrategisch zur Interessendurchsetzung genutzt und nicht „neutral“ im Team besprochen. Dies erscheint auch im Anwendungsfeld ergotherapeutischer Praxen plausibel. Zudem werden rasche Lösungen bevorzugt, die dem individuellen Anspruchsniveau genügen, zumal es utopisch erscheint, die „richtigen“ Informationen parat zu haben. Unter dieser Unsicherheit müssen die Handlungsfähigkeit und das Selbstbild des Entscheiders gewahrt werden. Die überwiegend psychologischen Widerstände bei der Nutzung organisationswissenschaftlicher Erkenntnisse schränken die Realisierbarkeit eines Qualitätsmanagements in der ergotherapeutischen Praxis deutlich ein. So bleibt zu hoffen, dass ein Transfer der Konzeption INTAKE in Zukunft trotz dieser Hindernisse stattfinden wird.

### **(8) Die Konzeption INTAKE – Transfer in die Praxis**

Die Konzeption INTAKE kann im Anwendungsfeld nur dann realisiert werden, wenn beim Transfer in die Praxis folgende Bedingungen berücksichtigt werden (vgl. Kapitel 3.5.3).

Kooperativer Leitungsstil in strategischer Ausrichtung: Die Wahl von INTAKE als Vorgehensweise zur Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems in die einzelne ergotherapeutische Praxis ist eine strategische Entscheidung der Praxenleitung. Strategische Entscheidungen wirken langfristig und benötigen einen kooperativen Leitungsstil. Damit jeder Mitarbeiter flexibel und handlungsfähig bleibt, ist es notwendig, dass individuelle Motivationen berücksichtigt werden. Das „Mögen“ und „Können“ spielt bei der internalen Qualitätsorientierung im Rahmen einer teamorientierten Gestaltung die entscheidende Rolle (und weniger das „Müssen“ und „Wollen“). Eine Leitung, die auf Sanktionen und Zwangsmaßnahmen in der Umsetzung setzt, wird langfristig kaum Erfolg haben.



Transparente Rollenerwartungen: In diesem Zusammenhang ist es für die einzelne Inhaberin einer Praxis ein wichtiger Lernprozess, neben ihren funktionalen Rollen auch andere spezifische Verhaltensweisen (u.a. im Sinne eines „*Kooperativen Modells*“ nach innen und einer positiven Darstellung des Unternehmens nach aussen) wahrzunehmen und auszufüllen. Zur Steigerung organisationaler Effektivität werden formale Rollenverteilungen benötigt. Die Leitung einer Praxis muss in der Lage sein, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die zu erfüllenden Rollen im Arbeitsprozess über entsprechend transparente und kommunizierte Rollenerwartungen zu vermitteln.

Zielorientierung: Die Zielanalyse bildet einen wesentlichen Kern dieser visionären Strategie („Diagnose SOLL“). Ziel ist es, dass jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter die Ziele der Praxis mit entwickelt und bereit ist, sich diese Ziele zu eigen zu machen. Hierzu ist es erforderlich, dass die Ziele und die Bedeutung der individuellen Beiträge zur Zielerreichung für die Mitarbeiter transparent gemacht werden. Nur wenn ein Mitarbeiter erkennt, welche Handlungen für den Gesamtzusammenhang effizient sind, kann er angemessene Verhaltensweisen wählen. Die Zielerreichungs-Skalierung (vgl. Kapitel 4.6.3) wirkt sich stark auf die Therapiedurchführung aus, so dass ein Transfer in die Praxis nur möglich erscheint, wenn sich die Mitarbeiter der Zielorientierung als Teil einer internalen Qualitätsorientierung verpflichten.

Angestoßener Entwicklungsprozess: Die einzelnen Teamgespräche verstehen sich als „Anstoß“. Anhand dieser Vorgehensweise soll ein Entwicklungsprozess der ergotherapeutischen Praxis eingeleitet werden, um die Qualität dauerhaft zu sichern und zu verbessern (vgl. Kapitel 3.4.2).

Fortbildungsaktivitäten: Aufgrund der Selbstverpflichtung zu kontinuierlicher Fort- und Weiterbildung wird eine Reihe spezieller Fortbildungsaktivitäten ins Leben gerufen (vgl. Kapitel 4.7). Die Ressourcen (zeitlich, finanziell, ...) müssen durch die Leitung und die Mitarbeiter zur Verfügung gestellt werden.

Formulierung von Standards: Im Verlauf können durch die Formulierung von Standards Handlungsspielräume in einzelnen Bereichen der Therapiedurchführung eingeschränkt werden (z.B. bei der Wahl von Therapiematerialien, Dokumentationsinstrumenten, etc.). Durch die Umsetzung von Standards wird aber in der Regel der Gestaltungsspielraum für schlecht systematisierbare Qualitätsmerkmale, wie das bereits benannte „*Zuwendungsverhalten*“, eher ausgeweitet, was einer ganzheitlichen Therapie sehr entgegen kommen dürfte. Ziel von Standards sollte es in diesem Zusammenhang auch sein, bislang zentrale Themen im Team (Materialversorgung, organisatorische Planung) so zu verändern, dass fachliche und persönliche Themen (Fallsupervision, etc.) in Zukunft ein größeres Gewicht im Team bekommen können.

Aufbau eines Selbstbewertungssystems: Der Aufbau eines Selbstbewertungssystems ist nicht Teil von INTAKE, sollte aber langfristiges Ziel für die Praxis werden, um entwickelte Qualitätskriterien in den Praxenalltag zu integrieren. Einzelne Bereiche (u.a.

Organisatorische Prozesse, Therapieprozesse, Personalführung) könnten schließlich anhand unterschiedlicher Qualitätsmerkmale auf den vier Ebenen der Fokussierung (internal, intern, external, extern) in einem Selbstbewertungssystem beurteilt werden.

So ergibt sich aufgrund der internalen Qualitätsorientierung der Qualitätsstandard einer ergotherapeutischen Praxis als Ergebnis das zweckgerichteten Handelns ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und den daraus entstandenen Rahmenbedingungen.

### **(9) Konsequenzen für zukünftige Forschungsaktivitäten**

Der Ergotherapie fehlt ein Nachweis der Effektivität ihrer Therapien und somit der Gültigkeit, der von ihr selbst postulierten Modelle von Wirkzusammenhängen therapeutischer Interventionen.

Aus organisationspsychologischer Sicht ist das Anwendungsfeld ebenfalls nahezu unbekanntes Terrain. Aus praktischen Fragestellungen im Berufsalltag entstand ein Forschungsvorhaben, das bei der einzelnen Mitarbeiterin in der ergotherapeutischen Praxis ansetzte, um Veränderungen der Strukturen und Prozesse systemverträglich anzuregen. Bisherige Forschungsergebnisse liefern ein erstes, unvollständiges Bild dieses Feldes, das gerade dadurch fasziniert, dass es in seiner relativen Kleinheit, mit mittleren „Gruppengrößen“ von nur sieben Personen, ein komplexes, vernetztes System darstellt.

In Zukunft könnte die organisationspsychologische Erforschung des Feldes eine notwendige Basis fachwissenschaftlicher Ergotherapie werden, um so als ein Baustein die weitere Professionalisierung dieser Disziplin voranzubringen.

Die Konzeption INTAKE lässt sich zudem relativ problemlos auf andere Kleinunternehmen übertragen. Im Gesundheitswesen läge die Ausweitung auf physiotherapeutische Praxen und interdisziplinär arbeitende Einrichtungen nahe.

Konsequenzen für zukünftige Forschungsaktivitäten ergeben sich aufgrund bereits benannter Forschungsergebnisse. Bislang wurde lediglich die individuelle Ausgangssituation ermittelt. Einstellungen wurden erhoben. So bleibt die Frage unbeantwortet, inwiefern solche Überzeugungen mit der tatsächlichen Umsetzung eines solchen Vorhabens zusammenhängen bzw. inwiefern sie objektive Veränderungen vorherzusagen helfen.

Es liegt außerdem auf der Hand, dass eine sinnvolle Untersuchungseinheit für die Konzeption INTAKE die Einzelpraxis ist. Es müssen daher zukünftig Einführungen im Längsschnitt dokumentiert werden, um die Vorgehensweise zu evaluieren. Da die Zielorientierung einen wichtiger Teil der internalen Qualitätsorientierung ausmacht, sollte

untersucht werden, welche Ziele entwickelt und kollegial umgesetzt werden können und welche Auswirkungen dies auf die Strukturen bzw. Prozesse in der Praxis hat.

Auch die vielschichtigen und z.T. widersprüchlichen Rollenerwartungen an die Leitung eines solchen Kleinunternehmens wären es wert, untersucht zu werden, zumal die ökonomische Situation dazu führt, dass die Inhaberin einer Praxis als hauptsächliche Tätigkeit Therapien durchführt und Leitungsfunktionen „nebenbei“ zu erledigen hat.

Der Weg vom Wunsch zur Veränderung zum Handeln wird eingeschlagen. Ein Ziel dieses Weges ist es sicherlich, gültige, zuverlässige und möglichst objektiv messbare Qualitätsmerkmale für ergotherapeutische Praxen zu entwickeln und im Feld zu etablieren.

Die interne Qualitätsorientierung als Ausgangspunkt einer solchen Entwicklung zu nutzen, erscheint angemessen für systemverträgliche Veränderungen und notwendig, um den Status der niedergelassenen Tätigkeit in eigener Praxis nicht zu gefährden.

Unterschiedliche Interessengruppen im Gesundheitswesen (vgl. Kapitel 3.2.3) werden in Zukunft verstärkt auf Qualitätskontrollen von außen setzen. Die Kostenexplosion im Gesundheitssystem wird den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ergotherapeutischer Praxen in naher Zukunft ökonomische Qualitätskriterien sprichwörtlich „*um die Ohren fliegen lassen*“. In Kosten-Nutzen-Analysen, die zunehmend Verbreitung finden, spielt Effektivität und Effizienz der ergotherapeutischen Behandlung eine wichtige Rolle. Die Erreichung „klinisch-relevanter“ Veränderungen unter Einsatz minimaler Mittel ist längst zu einem externen Leitkriterium geworden.

Bislang erscheint es so, als würden wissenschaftliche Forschungsergebnisse nur in Ausnahmefällen zur politischen Entscheidungsfindung genutzt, um die begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen rational begründet zu verteilen. Langfristig können Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement-Systeme solche Entscheidungsprozesse unterstützen. Das hier geführte Plädoyer für ein Qualitätsmanagement auf der Mikroebene will die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ergotherapeutischen Praxen ermutigen, selbst aktiv zu werden, um die Qualität der eigenen Tätigkeit zu sichern und zu verbessern, da hierin ein sinnvoller Ausgangspunkt solcher Aktivitäten gesehen wird.

Unter Anwendung der Konzeption INTAKE sollte es möglich sein, Qualitätskriterien für eine zukünftige, kollegiale Erfolgskontrolle in der einzelnen Praxis zu finden und im Zuge der Einführung eines Selbstbewertungssystems umfassend zu operationalisieren.

In diesem Zusammenhang lohnt es sich, dieses Feld auch zukünftig wissenschaftlich zu erforschen und an seinem Wandel mitzuarbeiten.

## Literatur

- Adam, R. (1998). Dokumentationssysteme, Qualitätszirkel, Qualitätsmanagement – neue Machtinstrumente für alte Spiele oder neue Werkzeuge zur Steigerung der therapeutischen Qualität? In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.). Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung, S.767-784. Ein Werkstattbuch. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Albrecht, U., Pfitzinger, E. & Vogel, M. (1995). Projekt DIN EN ISO 9000. Vorgehensweise zur Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems. Berlin: Beuth.
- Allmer, H. (1990). Gesundheitsverhalten als intentionales und volitives Geschehen. In R. Schwarzer (Hrsg.). Gesundheitspsychologie – ein Lehrbuch, S. 117-130. Göttingen: Hogrefe.
- Allmer, H. (1997). Intention und Volition. In R. Schwarzer (Hrsg.). Gesundheitspsychologie – ein Lehrbuch, S. 67-89. Göttingen: Hogrefe.
- Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (1997). Gemeinsame Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß §124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach §124 Abs.2 SGB V für Leistungserbringer von Heilmitteln, die als Dienstleistung an Versicherte abgegeben werden. Bonn-Bad Godesberg: iKK Bundesverband.
- Ayres, A.J. (1972). Sensory Integration and learning disorders. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Ayres, A.J. & Marr, D.B. (1998). Sensorische Integrations- und Praxietests. In A.G. Fisher, E.A. Murray & A.C. Bundy (Hrsg.). Sensorische Integrationstherapie. Theorie und Praxis, S.333-381. Berlin: Springer.
- Badura, B. & Feuerstein, G. (Hrsg.). (1994). Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Weinheim: Juventa.
- Bandura, A. (1976). Lernen am Modell: Ansätze zu einer sozial-kognitiven Lerntheorie. Stuttgart: Klett.
- Bandura, A. (1986). Social Foundations of thought and action. New Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). Self-Efficacy. The Exercise of Control. New York: Freeman.
- Baumann, U. & Ühlein, H. (1994). Leitsätze zur Dokumentation klinisch-psychologischer / psychotherapeutischer Interventionen. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Baumgartner, I., Häfele, W., Schwarz, M. & Sohm, K. (1988). OE-Prozesse initiieren und gestalten. Aktionshandbuch. Dornbirn: Management Center Vorarlberg.
- Baumgartner, I., Häfele, W., Schwarz, M. & Sohm, K. (1998). OE-Prozesse. Die Prinzipien systemischer Organisationsentwicklung. Ein Handbuch für Beratende, Gestaltende, Betroffene, Neugierige und OE-Entdeckende. Bern: Haupt.

- Bay, R.H. (1998). Teams effizient führen. Teamarbeit – Teamentwicklung – TQM im Team. Würzburg: Vogel.
- Becker, H. & Langosch, I. (1995). Produktivität und Menschlichkeit. Organisationsentwicklung und ihre Anwendung in der Praxis. Stuttgart: Enke.
- Benkenstein, M. (1993). Dienstleistungsqualität. Ansätze zur Messung und Implikationen für die Steuerung. Zeitschrift für Betriebswirtschaft, 63, 11, 1095-1116.
- Benninghoven, D. (1998). Erwartete Selbstwirksamkeit bei Bulimia Nervosa. Göttingen: Cuvillier.
- Bergbauer, A.K. (1998). Die Unternehmensqualität messen – den Europäischen Qualitätspreis gewinnen. E.F.Q.M. – Selbstbewertung in der Praxis. Renningen-Malmsheim: Expert-Verlag.
- Bergold, J.B. & Flick, U. (Hrsg.). (1987). Ein-Sichten – Zugänge zur Sicht des Subjekts mittels qualitativer Forschung. Tübingen: Dgvt.
- Berkel, I. (1998). Die Rolle der Organisationsentwicklung im Dienstleistungsqualitätsmanagement: dargestellt am Beispiel einer Kundenbefragung im Privatkundengeschäft. München: Hampp.
- Beruf Aktuell (1997). Ausgabe 1997/98. Leck: Clausen & Bosse.
- Beyermann, G. (1999). Konstitutionsbedingungen einer Fachwissenschaft Ergotherapie. Journal für ergotherapeutische Forschung und Lehre, 1:1.
- Bijkerk, J.A. & Kreysch, W. (1991). Interne Qualitätssicherung. Das Krankenhaus, 1, 25-29.
- Birner, U. (1995). Qualitätsmanagement in Organisationen des Gesundheitswesens. Psychomed, 7, 85-92.
- Birner, U., Spörkel, H. & Frommelt, B. (1995). Dienstleistungsorientiertes Qualitätsmanagement – Chance und Forderung für Gesundheitseinrichtungen. In H. Spörkel, U. Birner, B. Frommelt & T.P. John (Hrsg.). Total Quality Management. Forderungen an Gesundheitseinrichtungen, S.1-6. München: Quintessenz.
- Bitner, M.J. (1990). The Evaluation of the Marketing Mix und its relationship to Service Quality. In S.W. Brown, E. Gummesson, B. Edvardson & B.O. Gustavsson (Hrsg.). Service Quality. Multidisciplinary and Multinational Perspectives, S.23-37. Mass: Lexington.
- Bollin, M. (1998). Methoden der Ergotherapie: die Leitung von Gruppen. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Borg, I. (1995). Mitarbeiterbefragung: Strategisches Aufbau- und Einbindungsmanagement. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Bortz, J. & Lienert, G.A. (1998). Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung. Ein praktischer Leitfaden für die Analyse kleiner Stichproben. Berlin: Springer.
- Breuer, F. (Hrsg.). (1996). Qualitative Psychologie. Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils. Opladen: Westdeutscher Verlag.

- Bruhn, M. (1995). Dienstleistungsqualität: Konzepte – Methoden – Erfahrungen. Wiesbaden: Gabler.
- Bruhn, M. (1997). Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Grundlagen, Konzepte und Methoden. Berlin: Springer.
- Bruhn, M. (1998). Wirtschaftlichkeit des Qualitätsmanagements. Qualitätscontrolling für Dienstleistungen. Berlin: Springer.
- Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.). (1994). Blätter zur Berufskunde 2-II A 23.
- Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.). (1995). Grundwerk ausbildungs- und berufskundlicher Informationen, DV-Ausgabe, Nr. 852e00.
- Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.). (1996). Grundwerk ausbildungs- und berufskundlicher Informationen, DV-Ausgabe, Nr. 852e00.
- Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.). (1996). Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste der Bundesanstalt für Arbeit, Nr.46.
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.). (1997). KTL. Klassifikation therapeutischer Leistungen in der stationären medizinischen Rehabilitation. Berlin: Ruksaldruck.
- Bungard, W. & Jöns, I. (Hrsg.). (1997). Mitarbeiterbefragung. Ein Instrument des Innovations- und Qualitätsmanagements. Weinheim: PsychologieVerlagsUnion.
- Büssing, A. (1993). Organisationsdiagnostik. In H. Schuler (Hrsg.). Lehrbuch Organisationspsychologie. Bern: Huber.
- Case-Smith, J. (1998). Pediatric Occupational Therapy and Early Intervention. Woburn: Butterworth-Heinemann.
- Cohn, R. (1970). Das Thema als Mittelpunkt interaktioneller Gruppen. Gruppendynamik, 2, 251-276.
- Comelli, G. & Rosenstiel, L.v. (1995). Führung durch Motivation. Mitarbeiter für Organisationsziele gewinnen. München: Beck.
- Comelli, G. (1997). Mitarbeiterbefragungen und Organisationsentwicklungsprozesse. In W. Bungard & I. Jöns (Hrsg.). Mitarbeiterbefragung. Ein Instrument des Innovations- und Qualitätsmanagements, S.32-58. Weinheim: PsychologieVerlagsUnion.
- Conen, D. (1990). Grundlagen für die Qualitätssicherung in einem Akutkrankenhaus. In E. Hauke (Hrsg.). Qualität im Krankenhaus, S.35-92. Wien: Service.
- Corsten, H. (1985). Die Produktion von Dienstleistungen: Grundzüge einer Produktionswirtschaftslehre des tertiären Sektors. Berlin: Schmidt.
- Corsten, H. (1988). Betriebswirtschaftslehre der Dienstleistungsarbeit. München: Oldenbourg.
- Corsten, H. (Hrsg.). (1994). Integratives Dienstleistungsmanagement. Grundlagen , Beschaffung , Produktion , Marketing , Qualität; ein Reader. Wiesbaden: Gabal.

- Dammer, I. & Szymkowiak, F. (1998). Die Gruppendiskussion in der Marktforschung. Grundlagen – Moderation – Auswertung. Ein Praxisleitfaden. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Deppe, H.-U. (1987). Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Deusen, J.V. & Brunt, D. (1997). Assessment in Occupational Therapy and Physical Therapy. Philadelphia: Saunders.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (1997). Ergotherapie 2005. Denkschrift. Karlsbad: DVE.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (1998). Sensorische Integrationstherapie. Studienbuch. Karlsbad: DVE.
- Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. (1995). Begriffe zum Qualitätsmanagement. DGQ-Schrift, 11-04, 6. Aufl., Frankfurt am Main.
- Deutsches Institut für Normung e.V. (Hrsg.). (1997). DIN EN ISO 9000 ff, ÖNORM EN ISO 9000 ff, SN EN ISO 9000 ff für kleine und mittelständische Unternehmen (KMU). Berlin: Beuth.
- Deutsches Institut für Normung e.V. (Hrsg.). (1992). DIN/ISO 9004 Teil 2 – Qualitätsmanagement und Elemente eines Qualitätssicherungssystems – Leitfaden für Dienstleistungen. Berlin: Beuth.
- Deutsches Institut für Normung e.V. (Hrsg.). (1992). DIN/ISO 8402 – Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung – Anmerkungen zu Grundbegriffen, Entwurf. Berlin: Beuth.
- Dimond, B.C. (1997). Legal Aspects of Occupational Therapy. London: Blackwell Science.
- Döring, K. (1991). Praxis der Weiterbildung. Analysen – Reflexionen – Konzepte. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Domsch, M. & Schneble, A. (1992). Mitarbeiterbefragungen. Heidelberg: Physica.
- Donabedian, A. (1980). Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Doubrawa, R. (1996). Qualitätssicherung und die Kosten. Psycho akut. Die Zeitschrift für Psychologische Psychotherapeuten, 3, 5-6.
- Dunckel, H. (Hrsg.). (1999). Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren. Zürich: vdf.
- Edelstein, W. (Hrsg.). (1995). Entwicklungskrisen kompetent meistern. Der Beitrag der Selbstwirksamkeitstheorie von Albert Bandura zum pädagogischen Handeln. Heidelberg: Asanger.
- European Foundation of Quality Management (1995). Selbstbewertung anhand des Europäischen Modells für Umfassendes Qualitäts-Management (UQM) 1996. Brüssel: E.F.Q.M.
- Eversheim, W. (Hrsg.). (1997). Prozeßorientiertes Qualitätscontrolling. Qualität meßbar machen. Berlin: Springer.

- Eversheim, W. (Hrsg.). (1997). Qualitätsmanagement für Dienstleister. Grundlagen – Selbstanalyse – Umsetzungshilfen. Berlin: Springer.
- Fatzer, G. (Hrsg.). (1996). Organisationsentwicklung und Supervision: Erfolgsfaktoren bei Veränderungsprozessen. Heinsberg: Himmels.
- Fehr, H.U. (1993). Total Quality Management – Unternehmensweite Qualitätsverbesserung. München: Hanser.
- Fein, H. (1996). Einige Bedingungen für Selbstorganisation in mikrosozialen Systemen. Linz: Trauner.
- Fischer, P. (1986). Diagnostik als Anleitung zur Selbstreflexion. Möglichkeiten einer subjektzentrierten Diagnostik. Landau: EWH Rheinland-Pfalz.
- Fisher, A.G., Murray, E.A. & Bundy, A.C. (Hrsg.). (1998). Sensorische Integrationstherapie. Theorie und Praxis. Berlin: Springer.
- Fitzpatrick, R. & Boulton, M. (1994). Qualitative methods for assessing health care. Quality in Health Care, 3, 107-113.
- Flick, U. (Hrsg.). (1991). Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg: Asanger.
- Flieder, M. (1992). Validierung eines mehrdimensionalen Meßinstrumentes und Evaluation von Rehabilitationsmaßnahmen in einer bewegungstherapeutisch orientierten Klinik (Dissertation). Universität Ulm.
- Foerster, H.v. (1991). Das Konstruieren einer Wirklichkeit. In P. Watzlawick (Hrsg.). Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus, S.39-62. München: Pieper.
- Frank, M. & Fiegenbaum, W. (1994). Therapieerfolgsmessung in der psychotherapeutischen Praxis. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 23 (4), 268-275.
- Freimuth, J. & Kiefer, B.-U. (1995). Geschäftsberichte von unten: Konzepte für Mitarbeiterbefragungen. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- French, W.L. & Bell, C.H. (1994). Organisationsentwicklung: sozialwissenschaftliche Strategien zur Organisationsveränderung. Bern: Haupt.
- Freyberger, H.J., Heuft, G. & Ziegenhagen, D.J. (Hrsg.). (2000). Ambulante Psychotherapie. Transparenz, Effizienz, Qualitätssicherung. Stuttgart: Schattauer.
- Frostig, M. (1985). Frostig Test der motorischen Entwicklung (FTM). Göttingen: Hogrefe.
- Gairing, F. (1999). Organisationsentwicklung als Lernprozess von Menschen und Systemen. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Garvin, D. (1988). Managing Quality. New York: Free Press.
- Gebert, D. (1974). Organisationsentwicklung. Probleme des geplanten organisatorischen Wandels. Stuttgart: Schäffer.



- Gebert, D. (1987). Der personale Ansatz – Änderung des Sozialverhaltens durch Lernprozesse. In L. v. Rosenstiel, H. Einsiedler, R. Streich & S. Rau (Hrsg.). *Motivation durch Mitwirkung*. (Band 15 der Schriftenreihe für Führungskräfte des Universitätsseminars der Wirtschaft), S.111-117. Stuttgart: Schäffer.
- Geiger, W. (1992). Geschichte und Zukunft des Qualitätsbegriffs. *QZ*, 37, 33-35.
- Geißler, E. (1998). Zertifizierung für Psychotherapiepraxen als Zukunftschance? In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung*, Ein Werkstattbuch, S. 715-745. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Glasl, F. (Hrsg.). (1983). *Verwaltungsreform durch Organisationsentwicklung*. Bern: Haupt.
- Goerke, W. (1981). *Organisationsentwicklung als ganzheitliche Innovationsstrategie*. Berlin: de Gruyter.
- Goffman, E. (1969). *Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag*. München: Piper.
- Goffman, E. (1971). *Interaktions-Rituale*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Goffman, E. (1972). *Asyle*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Grawe, K. & Braun, U. (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 242-267.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel – von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1998). Geleitwort. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung*. Ein Werkstattbuch, S. 9. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Greif, S., Semmer, N. & Bamberg, E. (Hrsg.). (1991). *Psychischer Stress am Arbeitsplatz*. Göttingen: Hogrefe.
- Groebe, N. & Scheele, B. (1977). *Argumente für eine Psychologie des reflexiven Subjekts*. Darmstadt: Steinkopff.
- Grönroos, C. (1984). A service-oriented approach to marketing of services. *European Journal of Marketing*, 18 (4), 36-44.
- Grönroos, C. (1990). *Service Management and Marketing*. Lexington: Lexington Books.
- Güthoff, J. (1995). *Qualität komplexer Dienstleistungen. Konzeption und empirische Analyse der Wahrnehmungsdimensionen*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts Verlag.
- Gunz, J. (1986). *Handlungsforschung: Vom Wandel der distanzierten zur engagierten Sozialforschung*. Wien: Braunmüller.
- Habermas, J. (1968). *Erkenntnis und Interesse*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Hackman, J.R. & Oldham, G.R. (1975). Development of the Job Diagnostik Survey. *Journal of Applied Psychology*, 60, 159-170.

- Häfele, W. (1996). Systemische Organisationsentwicklung: eine evolutionäre Strategie für kleine und mittlere Organisationen. Frankfurt a.M.: Lang.
- Hagedorn, R. (2000). Ergotherapie – Theorien und Modelle. Die Praxis begründen. Stuttgart: Thieme.
- Härter, M., Groß-Hardt, M. & Berger, M. (1999). Leitfaden Qualitätszirkel in Psychiatrie und Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Härter, M., Stieglitz, R-D. & Berger, M. (1999). Qualitätsmanagement in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. In M. Berger (Hrsg.). Psychiatrie und Psychotherapie. S. 1001-1014. München: Urban & Schwarzenberg.
- Häussler, B. (1991). Anwendungsmöglichkeiten von Qualitätssicherungs-Programmen und –maßnahmen in den USA für die medizinische Rehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: Institut für Gesundheits- und Sozialforschung.
- Häussler, B. (1995). Vom Qualitätszirkel niedergelassener Ärzte zum Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Arbeit und Sozialordnung, 5-6, 36-46.
- SGB V (1993). Handbuch Sozialgesetzbuch V. Altötting: KKF.
- Hanselmann, M. & Selm, R. (1996). Qualitätsfähigkeit. Eine praxisorientierte Anleitung zum Aufbau von Total Quality Management in mittelgroßen Unternehmen. Bern: Haupt.
- Hass, W., Märtens, M.M. & Petzold, H.G. (1998). Akzeptanzstudie zur Einführung eines Qualitätssicherungssystems in der ambulanten Integrativen Psychotherapie aus Therapeutensicht. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.). Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch, S. 157-179. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Hayes, N. (1997). Successful Team Management. London: International Thomas Business Press.
- Heckhausen, H., Gollwitzer, P.M. & Weinert, F. (Hrsg.). (1987). Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften. Berlin: Springer.
- Heiner, M. (Hrsg.). (1996). Qualitätsentwicklung durch Evaluation. Freiburg i.B.: Lambertus.
- Hejl, P. (1992). Konstruktion der sozialen Konstruktion. Grundlinien einer konstruktivistischen Sozialtheorie. In H. Gumin & A. Mohler (Hrsg.). Einführung in den Konstruktivismus. (Bd. 5 der Veröffentlichungen der Karl Friedrich von Siemens Stiftung), S.109-146. München: Pieper.
- Hentschel, B. (1990). Die Messung wahrgenommener Dienstleistungsqualität mit SERVQUAL. Marketing ZFP, 12, 4, 230-240.
- Hentschel, B. (1992). Dienstleistungsqualität aus Kundensicht: vom merkmals- zum ereignisorientierten Ansatz. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Hermer, M. (1998). Kundenorientierung in Psychiatrie und Psychotherapie: Zur Metamorphose von Patienten in Kunden. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.). Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch, S. 747-766. Tübingen: Dgvt-Verlag.

- Hilke, R. (1984). Handlungstheoretisch orientierte psychologische Diagnostik: Ausweg aus der Krise der psychologischen Diagnostik. In G. Jüttemann (Hrsg.). Neue Wege der klinisch-psychologischen Diagnostik. Göttingen: Hogrefe.
- Hoffmann, G.A. (Hrsg.). (1996). Handbuch zur Qualitätssicherung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Frankfurt a.M.: Diakonisches Werk in Hessen und Nassau.
- Hoffmann, H. (1988). Qualitätssicherung im Krankenhaus. Das Krankenhaus, 2, 43-46.
- Hüffer, L. (1997). Kriterien Systemverträglicher Organisationsentwicklung. Zum Abgleich verschiedener Systeminteressen in Organisationen. Frankfurt: Lang.
- Hugl, U. (1994). Qualitative Inhaltsanalyse und Mind-Mapping: ein neuer Ansatz für Datenauswertung und Organisationsdiagnose. Wiesbaden: Gabler.
- Hunter, J.E., Schmidt, F.L. & Jackson, G.B. (1982). Meta-analysis cumulating research findings across studies. London: Sage.
- Jaster, H.-J. (Hrsg.). (1997). Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Stuttgart: Thieme.
- Jerosch-Herold, C., Marotzki, U., Hack, B.M. & Weber, P. (Hrsg.). (1999). Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Berlin: Springer.
- Jöns, I. (1997). Mitarbeiterbefragungen und Organisationsentwicklungsprozesse. In W. Bungard & I. Jöns (Hrsg.). Mitarbeiterbefragung. Ein Instrument des Innovations- und Qualitätsmanagements, S.32-58. Weinheim: PsychologieVerlagsUnion.
- Jüttemann, G. (Hrsg.). (1984). Neue Aspekte klinisch-psychologischer Diagnostik. Göttingen: Hogrefe.
- Kaltenbach, T. (1993). Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Melsungen: Bibliomed.
- Kanfer, F.H. (Hrsg.). (1977). Möglichkeiten der Verhaltensänderung. München: Urban & Schwarzenberg.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer D. (1996). Selbstmanagement-Therapie. Berlin: Springer.
- Katzenbach, J.R. & Smith, D.K. (1993). Teams: der Schlüssel zur Hochleistungsorganisation. Wien: Ueberreuter.
- Keupp, H. (Hrsg.). (1993). Zugänge zum Subjekt. Perspektiven einer reflexiven Sozialpsychologie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Kieser, A. (1987). Der strukturelle Ansatz. In L. v. Rosenstiel, H. Einsiedler, R. Streich & S. Rau (Hrsg.). Motivation durch Mitwirkung. (Band 15 der Schriftenreihe für Führungskräfte des Universitätsseminars der Wirtschaft), S.111-117. Stuttgart: Schäffer.
- Kiphard, E.J. & Schilling, F. (1974). Körper-Koordinations-Test (KTK). Göttingen: Hogrefe.
- Kirchler, E. & Lang, M. (1998). Mobbing Erfahrung: Subjektive Beschreibung und Bewertung der Arbeitssituation. Zeitschrift für Personalforschung, 3, 352-362.

- Kiresuk, T.J., Smith, A. & Cardillo, J.E. (Hrsg.). (1994). Goal attainment scaling: applications, theory and measurement. Hillsdale: Erlbaum.
- Kirsch, W. (1998). Die Handhabung von Entscheidungsproblemen: Einführung in die Theorie der Entscheidungsprozesse. Herrsching: Kirsch.
- Klaus, P. (1991). Die Qualität von Bedienungsinteraktionen. In M. Bruhn & B. Stauss (Hrsg.). Dienstleistungsqualität: Konzepte, Methoden, Erfahrungen, S.247-265. Wiesbaden: Gabler.
- Klebert, K., Schrader, E. & Straub, W.G. (1985). Moderationsmethode: Gestaltung der Meinungs- und Willensbildung in Gruppen, die miteinander lernen und leben, arbeiten und spielen. Hamburg: Windmühle.
- Klebert, K., Schrader, E. & Straub, W.G. (1987). KurzModeration. Anwendung der ModerationsMethode in Betrieb, Schule und Hochschule, Kirche und Politik, Sozialbereich und Familie bei Besprechungen und Präsentationen. Hamburg: Windmühle.
- Koch, U. & Schulz, H. (1997). Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Medizin. In S. Ahrens (Hrsg.). Lehrbuch Psychotherapeutische Medizin, S.14-25. München: Schattauer.
- Koomar, J.A. & Bundy, A.C. (1998). Umsetzung der Theorie in direkte Behandlung – Kunst und Wissenschaft zugleich. In A.G. Fisher, E.A. Murray & A.C. Bundy (Hrsg.).(1998). Sensorische Integrationstherapie. Theorie und Praxis. S. 409-500. Berlin: Springer.
- Körfigen, R. (1999). Prozeßoptimierung in Dienstleistungsunternehmen. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (1997). KGSt-Bericht 8/1997. Qualitätsmanagement II: Der Einstieg in die Praxis über die Selbstbewertung. Köln: KGSt.
- Kordy, H. (1992). Qualitätssicherung. Erläuterung zu einem Reiz- und Modewort. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin, 38, 310-324.
- Krampen, G. (1981). IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1989). Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1991). Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK). Göttingen: Hogrefe.
- Kühl, W. (Hrsg.). (1999). Qualitätsentwicklung durch Supervision. Münster: Votum.
- Kuhl, J. (1987). Motivation und Handlungskontrolle: Ohne guten Willen geht es nicht. In H. Heckhausen, P.M. Gollwitzer & F.E. Weinert (Hrsg.). Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften, S. 101-120. Berlin: Springer.
- Kupsch, P. & Hufschmied, P. (1979). Wahrgenommenes Risiko und Komplexität der Beurteilungssituation als Determinanten der Qualitätsbeurteilung. In H. Meffert, H. Steffenhagen & H. Freter (Hrsg.). Konsumentenverhalten und Information, S.225-227. Wiesbaden: Gabler.

- Laireiter, A.-R. (1994). Dokumentation psychotherapeutischer Fallverläufe. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 23 (4), 236-241.
- Laireiter, A.-R. & Vogel, H. (Hrsg.). (1998). Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Landau, K., Weißert-Horn, M., Dilimitis, C. Schubert, H.J. & Zink, K.J. (1995). Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen aus arbeitswissenschaftlicher Sicht. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 49, 175-181.
- Langmaak, B. & Braune-Krickau, M. (1998). Wie die Gruppe laufen lernt: Anregungen zum Planen und Leiten von Gruppen; ein praktisches Lehrbuch. Weinheim: Beltz.
- Langthaler, W. & Schiepek, G. (1995). Selbstorganisation und Dynamik in Gruppen: Beiträge zu einer systemwissenschaftlich orientierten Psychologie der Gruppe. Münster: Lit.
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H. & Pollock, N. (1990). The Canadian Occupational Performance Measure: An outcome measurement protocol for occupational therapy. Canadian Journal for Occupational Therapy, 57, 82-87.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell-Opzoomer, A., McColl, M., Polatajko, H. & Pollock, N. (1991). Canadian Occupational Performance Measure Manual. Toronto, ON: CAOT Veröffentlichungen ACE.
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H. & Pollock, N. (1990). The Canadian Occupational Performance Measure: Results of pilot testing. Canadian Journal for Occupational Therapy, 61, 191-197.
- Lehmann, A. (1993). Qualitätsstrategien für Dienstleistungen –Bausteine zum Management von Dienstleistungsqualität. In H.D. Seghezzi & R. Hansen (Hrsg.). Qualitätsstrategien, Anforderungen an das Management der Zukunft, S.1-46. München: Hanser.
- Lehmann, A. (1995). Dienstleistungsmanagement. Strategien und Ansatzpunkte zur Schaffung von Servicequalität. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Leimkühler, A.M. & Müller, U. (1996). Patientenzufriedenheit – Artefakt oder soziale Tatsache? Nervenarzt, 67, 765-773.
- Lemmert, R., Hoffmann, S. & Schunk, B. (1999). Das LHS-System. Eigendruck.
- Lethinen, U. & Lethinen, J.O. (1991). Two Approaches to Service Quality Dimensions. The Service Industries Journal, 11, 3, 287-303.
- Lewin, K. (1967). Die Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Bern: Huber.
- Lewin, K. (1982). Aktionsforschung und Minderheitenprobleme. Kurt-Lewin-Gesamtausgabe, Bd. 7. Bern: Huber.
- Lewis, R.C. (1987). The measurement of gaps in the quality of hotel services. International Journal of Hospitality Management, 6, 2, 83-88.
- Lewis, R.C. & Chambers, R.E. (1989). Marketing Leadership in Hospitality: Foundations and Practices. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Liebelt, J. (1999). Angewandtes Qualitätsmanagement. Gesundheitseinrichtungen als lernende Organisationen. Berlin: Springer.

- Lockowandt, O. (1996). Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW). Göttingen: Hogrefe.
- Lohaus, A. & Schmitt, G.M. (1989). Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG). Göttingen: Hogrefe.
- Luthlen, E. (1995). Der Weg von der Qualitätssicherung zum TQM aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit. In H. Spörkel, U. Birner, B. Frommelt & T.P. John (Hrsg.). Total Quality Management. Forderungen an Gesundheitseinrichtungen, S. 128-142. München: Quintessenz.
- Lumpe, A. (1995). Pädagogik als Wahrnehmung von Wirklichkeit – Lernorganisation als Entwicklung der Selbstorganisation. Frankfurt a.M.: Lang.
- Lutz, W., Stammer, H., Leeb, B., Dötsch, M., Bölle, M. & Kordy, H. (1996). Das Heidelberger Modell der Aktiven Internen Qualitätssicherung stationärer Psychotherapie. Psychotherapeut, 41, 25-35.
- Lutz, W. (1997). Evaluation eines Qualitätssicherungsprogrammes in der Psychotherapie. Regensburg: Roderer.
- Maleri, R. (1994). Grundlagen der Dienstleistungsproduktion. Berlin: Springer.
- Malik, F. (1993). Systemisches Management, Evolution, Selbstorganisation. Grundprobleme, Funktionsmechanismen und Lösungsansätze für komplexe Systeme. Bern: Haupt.
- Malik, F. (1996). Strategie des Managements komplexer Systeme. Ein Beitrag zur Managementkybernetik evolutionärer Systeme. Bern: Haupt.
- Malorny, C. (1996). Einführen und Umsetzen von Total Quality Management. Berlin: IPK.
- Marx, W. & Hejj, A. (1989). Subjektive Strukturen. Ergebnisse aus der Gedächtnis-, Sprach- und Einstellungsforschung. Göttingen: Hogrefe.
- Mayring, P. (1996). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Meffert, H. & Bruhn, M. (1996). Dienstleistungsmarketing. Grundlagen, Konzepte, Methoden. Wiesbaden: Gabler.
- Meichenbaum, D.W. (1979). Kognitive Verhaltensmodifikation. München: Urban & Schwarzenberg.
- Meyer, A. (1994). Dienstleistungs-Marketing – Erkenntnisse und praktische Beispiele. München: FGM Verlag.
- Meyer, A. & Mattmüller, R. (1987). Qualität von Dienstleistungen. Entwurf eines praxisorientierten Qualitätsmodells. Marketing ZFP, 9 (3), 187-195.
- Meyer, A. & Westerbarkey, P. (1991). Bedeutung der Kundenbeteiligung für die Qualitätspolitik von Dienstleistungsunternehmen. In M. Bruhn & B. Stauss (Hrsg.). Dienstleistungsqualität. Konzepte – Methoden – Erfahrungen, S.83-103. Wiesbaden: Gabler.
- Mielke, R. (1984). Lernen und Erwartung: zur Selbst-Wirksamkeits-Theorie von Albert Bandura. Bern: Huber.

- Miles-Paul, O. (1992). „Wir sind nicht mehr auszuhalten.“ Behinderte auf dem Weg zur Selbstbestimmung. München: AG SPAK.
- Miller, K.I. & Monge, P.R. (1986). Participation, satisfaction, and productivity: A meta-analytic review. *Academy of Management Journal*, 29, 727-753.
- Mummendey, H.D. (1990). *Psychologie der Selbstdarstellung*. Göttingen: Hogrefe.
- Nagel, H.-W. (1991). *Bildung und Selbstreflexion. Eine Untersuchung über die Relevanz von Selbstreflexion im bildungstheoretischen Diskurs der kritischen Erziehungswissenschaft*. Berlin: Eigendruck.
- Nagorny, H.O. & Plocek, M. (Hrsg.). (1997). *Praxishandbuch Qualitätsmanagement im Krankenhaus*. Kulmbach: Baumann.
- Nerdinger, F.W. (1994). *Zur Psychologie der Dienstleistung: theoretische und empirische Studien zu einem wirtschaftspsychologischen Forschungsgebiet*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Neuberger, O. (1995). *Mikropolitik. Der alltägliche Aufbau und Einsatz von Macht in Organisationen*. Stuttgart: Enke.
- Nienhäuser, W. (1998). Die Nutzung personal- und organisationswissenschaftlicher Erkenntnisse in Unternehmen. Eine Analyse der Bestimmungsgründe und Formen auf der Grundlage theoretischer und empirischer Befunde. *Zeitschrift für Personalforschung*, 12,1, S.21-49.
- Nübling, R. & Schmidt, J. (1998). Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Grundlagen, Realsierungsansätze, künftige Aufgaben. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch*. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Oelsnitz, D. von der (1995). Individuelle Selbststeuerung – der Königsweg „moderner“ Unternehmensführung?. *Die Betriebswirtschaft*, 55, 6, S.707-720.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. & Berry, L.L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research. In: *Journal of Marketing*, 49 (1), 41-50.
- Pepels, W. (1996). *Qualitätscontrolling bei Dienstleistungen*. München: Vahlen.
- Piwernetz, K., Selbmann, H.K. & Vermeij, D.J. (1991). Vertrauen durch Qualität. Das Münchner Modell der Qualitätssicherung im Krankenhaus. *Das Krankenhaus*, 11, 557-560.
- Preiser, S. (1989). *Zielorientiertes Handeln. Ein Trainingsprogramm zur Selbstkontrolle*. Heidelberg: Asanger.
- Priebe, C. (1999). Von Fragestellungen im Berufsalltag zur Forschung in der Ergotherapie. *Journal für ergotherapeutische Forschung und Lehre*, 1:3.
- Presber, W. & de Nève, W. (1997). *Ergotherapie: Grundlagen und Techniken*. Berlin: Ullstein.
- Pühl, H. (Hrsg.). (1999). *Supervision und Organisationsentwicklung*. Opladen: Leske und Budrich.

- Quartapelle, A. & Larsen, G. (1996). Kundenzufriedenheit. Wie Kundenzufriedenheit im Dienstleistungsbereich die Rentabilität steigert. Berlin: Springer.
- Redlich, A. (1996). Konflikt-Moderation. Handlungsstrategien für alle, die mit Gruppen arbeiten. Hamburg: Windmühle.
- Reinhart, G., Lindemann, U. & Heinzl, J. (1996). Qualitätsmanagement. Ein Kurs für Studium und Praxis. Berlin: Springer.
- Rimann, M. & Udris, I. (1993). Belastungen und Gesundheitsressourcen im Berufs- und Privatbereich. Eine quantitative Studie (Forschungsprojekt SALUTE: Personale und organisationale Ressourcen der Salutogenese, Bericht Nr. 3). Zürich: Eidgenössische technische Hochschule, Institut für Arbeitspsychologie.
- Rimann, M. & Udris, I. (1997). Subjektive Arbeitsanalyse: Der Fragebogen SALSA. In O. Strom & E. Ulich (Hrsg.). Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten: ein Mehr-Ebenen-Ansatz unter Berücksichtigung von Mensch, Technik und Organisation. Zürich: vdf.
- Richard, S. (1994). Wettbewerb auf dem Markt für Arztleistungen? Arbeit und Sozialpolitik, 3-4, 35-40.
- Richter, R. (1994). Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 23 (4), 233-235.
- Richter, R. (1996). Die qualitätsgesicherte Psychotherapie-Praxis: Entwurf einer Leitlinie. Psychotherapeutenforum, 3/96, 6-8.
- Rosenstiel, L. v. (1989). Innovation und Veränderung in Organisationen. In E. Roth (Hrsg.). Organisationspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie D/III/3, S.103-120. Göttingen: Hogrefe.
- Rosenberg, M. (1979). Conceiving the self. New York: Basic Books.
- Rosenberg, M. (1981). The self-concept: Social product and social force. In Rosenberg, M. & Turner, R. H. (Hrsg.). Social Psychology, S.593-624. New York: Basic Books.
- Ruprecht, T.M. (1993). Von der Qualitätssicherung zum Qualitätsmanagement. Zeitschrift für Allgemeine Medizin, 69, S. 963-967.
- Saleh, F. & Ryan, C. (1992). Cleint perceptions of hotels – a multiattribute approach. Tourism Management, 6, 163-168.
- Schaade, G. (1998). Ergotherapie bei Demenzerkrankungen: ein Förderprogramm. Berlin: Springer.
- Schaefgen, R. (1999). Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom: eine Form der sensorischen Integrationsstörung. Ergotherapeutische Behandlungskonzepte sowie Hilfen für Eltern und Lehrer im Umgang mit ADS. Eigendruck.
- Schilling, D. (1997). Gebt mir Halt!: entwicklungsorientierte Behandlung von Kindern mit Wahrnehmungsstörungen in der Ergotherapie. Dortmund: Verlag Modernes Leben.
- Schlote, A. (2000). Empirische Überprüfung der Funktionalität des LHS-Systems. Braunschweig: Diplomarbeit (in Bearbeitung)



- Schröder, H.-H., Schiffer, G., Zenz, A. & Gronies, M. (1997). Servicequalität bei Investitionsgüteranbietern: Kundenzufriedenheitsanalysen im Werkzeugmaschinenmarkt. In W. Eversheim, (Hrsg.). Prozeßorientiertes Qualitätscontrolling. Qualität meßbar machen. Berlin: Springer.
- Schubert, H.-J. & Zink, K.J. (1995). Umfassendes Qualitätsmanagement in Krankenhäusern. In H. Spörkel, U. Birner, B. Frommelt & T.P. John (Hrsg.). Total Quality Management. Forderungen an Gesundheitseinrichtungen. München: Quintessenz.
- Schüller, A. (1976). Dienstleistungsmärkte in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: Westdeutscher Verlag.
- Schulte, D. (2000). Optimierung der Entscheidungsprozesse von Psychotherapeuten. In H.J. Freyberger, G. Heuft & D.J. Ziegenhagen (Hrsg.). Ambulante Psychotherapie. Transparenz, Effizienz, Qualitätssicherung. S. 15-41. Stuttgart: Schattauer.
- Schwarz, F.W., Jakobi, U. & Klein-Lange, M. (1996). Qualitätssicherung in einem stärker wettbewerblich orientierten Gesundheitswesen. Expertise im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Hannover: Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung.
- Schwarz, G., Heintel, P., Weyrer, M. & Stattler, H. (Hrsg.). (1993). Gruppendynamik: Geschichte und Zukunft. (Festschrift zum 70. Geburtstag von Traugott Lindner). Wien: WUV-Universitätsverlag.
- Schwarzer, R. (Hrsg.). (1992). Self-Efficacy. Thought Control of Action. Bristol: Taylor & Francis.
- Schwarzer, R. (Hrsg.). (1990). Gesundheitspsychologie – ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (Hrsg.). (1997). Gesundheitspsychologie – ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe.
- Seelos, H.-J. (1989). Qualitätssicherungsprogramme in der Krankenhausmedizin: quo vadis? Deutsches Ärzteblatt, 39, 1932-1936.
- Seghezzi, H.D. (1993). Konzepte, Strategien und Systeme qualitätsorientierter Unternehmen. In H.D. Seghezzi & R. Hansen (Hrsg.). Qualitätsstrategien, Anforderungen an das Management der Zukunft, S.1-46. München: Hanser.
- Seghezzi, H.D. (1996). Integriertes Qualitätsmanagement. Das St. Galler Konzept. München: Hanser.
- Seipel, K. H. (1998). Qualitätssicherung in der ambulanten Praxis: Ein Modell und seine kritische Evaluation. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.). Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch, S.253-267. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Selbmann, H.K. (1989). Algorithmus zur Durchführung von Qualitätssicherungsprogrammen. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). Qualitätssicherung in der stationären chirurgischen Versorgung, S. 6. Gerlingen: Bleicher.
- Selck, A. (1996). Selbstkontrolle psychotherapeutischer Einrichtungen durch externe Diagnostik (SPEED). Braunschweig: Christoph-Dornier-Stiftung.

- Selck, M. (2000). Teilnehmerorientierung in der Erwachsenenbildung. Entwicklung einer Seminarkonzeption unter Berücksichtigung individueller und gruppenspezifischer Selbststeuerungspotenziale. Braunschweig: unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Sperling, J.B. & Wasseveld, J. (1997). Führungsaufgabe Moderation: Besprechungen, Teams, Projekte kompetent managen. Planegg: WRS.
- Spörkel, H., Birner, U., Frommelt, B. & John, T.P. (Hrsg.). (1995). Total Quality Management. Forderungen an Gesundheitseinrichtungen. München: Quintessenz.
- Spörkel, H., Ruckriegel, B., Janßen, H. & Eichler, A. (Hrsg.). (1997). Total Quality Management im Gesundheitswesen. Methoden und Konzepte des Qualitätsmanagements für Gesundheitseinrichtungen. Weinheim: Beltz.
- Sprenger, R.K. (1995). Das Prinzip Selbstverantwortung. Frankfurt a.M.: Campus.
- Steingrüber, H.-J. (1976). Hand-Dominanz-Test. Göttingen: Hogrefe.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1996). Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Streckel, S. (1996). In Arbeitsgruppe Betriebswirtschaft in Einrichtungen des Gesundheitswesens (Hrsg.). Krankenhausmanagement im Spannungsfeld zwischen Kundenorientierung und Mitarbeiterorientierung. Tagungsband, Fachhochschule Osnabrück.
- Strohm, O. & Ulich, E. (Hrsg.). (1997). Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten: ein Mehr-Ebenen-Ansatz unter Berücksichtigung von Mensch, Technik und Organisation. Zürich: vdf.
- Thill, K.-D. (1996). Ideenhandbuch für erfolgreiches Krankenhaus-Marketing. Kommunikationsmanagement für Krankenhäuser. Kulmbach: Baumann.
- Trebesch, K. (Hrsg.). (1980). Organisationsentwicklung in Europa. Beiträge zum 1. Europäischen Forum über Organisationsentwicklung in Aachen 1978. Bern: Haupt.
- Trommsdorff, V. (1989). Konsumentenverhalten. Stuttgart: Kohlhammer.
- Udris, I., Rimann, M. & Thalmann, K. (1994). Gesundheit erhalten, Gesundheit herstellen: Zur Funktion salutogenetischer Ressourcen. In B. Bergmann & P. Richter (Hrsg.). Die Handlungsregulationstheorie – Von der Praxis einer Theorie, S.198-215. Göttingen: Hogrefe.
- Vauth, R. & Stieglitz, R.D. (2000). Monitoring-Systeme und Qualitätszirkel in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. In H.J. Freyberger, G. Heuft & D.J. Ziegenhagen (Hrsg.). Ambulante Psychotherapie. Transparenz, Effizienz, Qualitätssicherung. S. 119-143. Stuttgart: Schattauer.
- Vieten, G. (1994). Qualitätssicherung in der Medizin, QualiMed, 2, S.4-16.
- Vogel, G. (1994). Planung und Improvisation im Therapieprozess. Eine Analyse mikrotherapeutischer Entscheidungsprozesse. Münster: Waxman.
- Vogel, R. (1996). Patientenbeteiligung stärken. Soziale Psychiatrie, 20, 4-6.

- Voigt-Radloff, S. (1999). Das Ergotherapeutische Assessment – Wie praktisch, wie akzeptiert und wie nützlich ist es? *Journal für ergotherapeutische Forschung und Lehre*, 1:2.
- Waldner-Nilsson (Hrsg.). (1997). *Ergotherapie in der Handrehabilitation: ein Praxisleitfaden*. Berlin: Springer.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. & Fisch, R. (1992). *Lösungen: zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels*. Bern: Huber.
- Weigand, W. (1999). Professionalität schafft Qualität, wenn Ziel und Inhalt definiert sind. In W. Kühl (Hrsg.). *Qualitätsentwicklung durch Supervision*, S.246-262. Münster: Votum.
- Weiner, B. (1988). *Motivationspsychologie*. München: PVU.
- Weinert, A. B. (1998). *Organisationspsychologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Beltz.
- Westerbarkey, P. (1996). *Methoden zur Messung und Beeinflussung der Dienstleistungsqualität. Feedback- und Anreizsysteme in Beherbergungsunternehmen*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts Verlag.
- Wilkinson, A., Redman, T., Snape, E. & Marchington, M. (1998). *Managing with Total Quality Management. Theory and Practice*. Houndmills: Macmillan.
- Wilson, P.F. & Pearson, R.D. (1995). *Performance-Based Assessments. External, Internal, and Self-Assessment Tools for Total Quality Management*. Wisconsin: ASQC Quality Press.
- Winter, L. (1997). *Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation*. Neuwied: Luchterhand.
- Witte, E. H. (Hrsg.). (1998). *Sozialpsychologie der Gruppenleistung*. Lengerich: Pabst.
- Wittmann, W.W. (1995). Wie ist Psychotherapie meßbar? Konzepte und Probleme der Evaluation. In Fachverband Sucht (Hrsg.). *Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker*, S.29-53. Geesthacht: Neuland.
- Wright, L. K., Bitner, M.J. & Zeithaml, V.A. (1997). *Service marketing: an active learning resource guide*. New York: MC Graw-Hill.
- Zeithaml, V.A., Berry, L.L. & Parasuraman, A. (1992). *Qualitätsservice*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Zeithaml, V.A. & Bitner, M.J. (1996). *Services Marketing: integration of customer focus across the firm*. New York: McGraw-Hill.
- Ziler, H. (1997). *Der Mann-Zeichen-Test*. Göttingen: Hogrefe.
- Zimmer, R. & Volkamer, M. (1987). *Motoriktest für vier- bis sechsjährige Kinder (MOT 4-6)*. Göttingen: Hogrefe.
- Zink, K.J., Schmidt, A. & Bäuerle, T. (1997). *Train-the-Trainer-Konzepte. Arbeitsmaterialien zur Vermittlung von Qualitätswissen*. Berlin: Springer.
- Zink, K. J. (Hrsg.). (1997). *Qualitätswissen. Lernkonzepte für moderne Unternehmen*. Berlin: Springer.

## Anhang

<b>A1</b>	INTAKE Fragebogen: Persönliche Arbeitssituation in der Praxis	<b>A. 1</b>
<b>A2</b>	INTAKE Fragebogen: Persönliche Beurteilung von Qualitätssicherung in der Praxis	<b>A. 5</b>
<b>B1</b>	Instruktion zur Selbstreflexion im Gruppenrahmen (nach Selck, 2000)	<b>A. 9</b>
<b>B2</b>	Arbeitsblatt zur Selbstreflexion im Gruppenrahmen (nach Selck, 2000)	<b>A. 10</b>
<b>B3</b>	Kriteriensammelkarte – Vorderseite (aus Selck, 2000)	<b>A. 10</b>
<b>B4</b>	Kriteriensammelkarte – Rückseite (aus Selck, 2000)	<b>A. 10</b>
<b>C</b>	Definition der Einzelskalen / -items des SALSA	<b>A. 11</b>
<b>D</b>	Abgleich der verwendeten Items in Anlehnung an Lutz (1997)	<b>A. 12</b>
<b>E1</b>	Protokollbogen zur individuellen Therapiezielplanung	<b>A. 14</b>
<b>E2</b>	Therapieziel-Karte zur individuellen Therapiezielplanung	<b>A. 15</b>
<b>F</b>	Rahmenstruktur für eine Selbstbewertung innerhalb einer ergotherap. Praxis	<b>A. 16</b>
<b>G</b>	Persönliche Arbeitssituation in der ergotherapeutischen Praxis Rotierte Komponentenmatrix	<b>A. 17</b>
<b>H</b>	Persönliche Beurteilung von Qualitätssicherung in der Praxis Rotierte Komponentenmatrix	<b>A. 18</b>
<b>I</b>	Vergleich der internen Konsistenzen Cronbachs $\alpha$ mit den Berechnungen von Rimann & Udris (1997)	<b>A. 19</b>
<b>J</b>	Zusammenstellung der „SALSA-Items“ zu INTAKE-Einzelskalen aufgrund einer rotierten Hauptkomponentenanalyse	<b>A. 20</b>
<b>K</b>	Zusammenstellung der „Q-Items“ zu INTAKE-Einzelskalen aufgrund einer rotierten Hauptkomponentenanalyse	<b>A. 22</b>
<b>L1</b>	Interkorrelationen der Einzelskalen des Fragebogens zur Beurteilung von Qualitätssicherung in der Praxis	<b>A. 24</b>
<b>L2</b>	Interkorrelationen der Einzelskalen des Fragebogens zur persönlichen Arbeitssituation in der ergotherapeutischen Praxis	<b>A. 24</b>
<b>M</b>	Die Rahmenbedingungen der Praxis: rotierte Komponentenmatrix	<b>A. 25</b>
<b>N</b>	Inhaltlich gruppierte Beurteilungsbereiche aus der Reflexion über Qualitätsmerkmale der ergotherapeutischen Tätigkeit	<b>A. 27</b>
<b>O1</b>	Rangreihe der Rahmenbedingungen der Institution / Praxis (geordnet nach Wichtigkeit)	<b>A. 28</b>
<b>O2</b>	Rangreihe der Rahmenbedingungen der Institution / Praxis (geordnet nach Zufriedenheit)	<b>A. 29</b>
<b>O3</b>	Dringlichkeit notwendiger Veränderungen der Rahmenbedingungen in ergotherapeutischen Praxen	<b>A. 30</b>
<b>P1</b>	Rangreihe des Standardisierungsgrades der Dokumentationsinstrumente der Institution / Praxis	<b>A. 31</b>
<b>P2</b>	Rangreihe des „Transparenzwirkung“ der Dokumentationsinstrumente der Institution / Praxis	<b>A. 32</b>

## Anhang A1: INTAKE Fragebogen: Persönliche Arbeitssituation in der Praxis



INSTRUMENTE ZUR NEUGESTALTUNG VON TEAMPROZESSEN  
UND ZUM AUFBAU KOLLEGIALER ERFOLGSKONTROLLE

### Persönliche Arbeitssituation in der ergotherapeutischen Praxis

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen persönlich und vollständig aus.

<b>① Zu mir</b> ➤ Mein Alter: _____ Jahre ➤ Mein Geschlecht: <input type="checkbox"/> m. <input type="checkbox"/> w. ➤ Ich leite eine Praxis: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ➤ Ich habe schon an Qualitätssicherungsmaßnahmen teilgenommen... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ➤ Ich habe schon einmal an Qualitätszirkeln teilgenommen... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ➤ Ich bin in einem Bereich tätig, der nach einem QM-System arbeitet... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>② Meine Ausbildung</b> <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> _____ ➤ Berufserfahrung: _____ Jahre ➤ Fortbildungen: _____ _____ _____ _____ _____	<b>③ Meine Arbeitsstelle</b> Ich arbeite in einer... <input type="checkbox"/> Einzelpraxis (ambulant) <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/> stationären Einrichtung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ ➤ Anzahl der KollegInnen: _____ ➤ Dauer der Tätigkeit in der Arbeitsstelle: _____ (Jahre) ➤ Arbeitsschwerpunkte: _____ _____ _____
--	--	---

<b>④ Die Arbeit in der Praxis</b>  Es folgen nun einige Fragen zu Ihrer Arbeitssituation. Kreuzen Sie bitte bei <u>jedem</u> Satz die für Sie zutreffende Stufe an.	fast nie	selten	manchmal	oft	fast immer
	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	teils-teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
• Bei dieser Arbeit macht man etwas Ganzes, Abgerundetes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Man muss für diese Arbeit gründlich ausgebildet sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Der/die Leiter(in) lässt einen wissen, wie gut man seine Arbeit getan hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Man hat genug Zeit, diese Arbeit zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Es ist einem genau vorgeschrieben, wie man seine Arbeit machen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bei dieser Arbeit verliert man viele Fähigkeiten, die man früher hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bei dieser Arbeit kommen meine Fähigkeiten zu wenig zum Zuge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diese Arbeit schafft gute Möglichkeiten, im Beruf weiterzukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Man muss in der Lage sein, selbstständig Entscheidungen zu treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Man hat die Möglichkeit, den eigenen Arbeitsplatz nach persönlichem Stil einzurichten (z.B. Bilder, Pflanzen, Lampen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Man muss Dinge tun, für die man eigentlich zu wenig ausgebildet und vorbereitet ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anhang A1: INTAKE Fragebogen: Persönliche Arbeitssituation in der Praxis - Fortsetzung

	fast nie trifft überhaupt nicht zu	selten trifft eher nicht zu	manch- mal teils-teils	oft trifft eher zu	fast immer trifft völlig zu
• Es gibt so viel zu tun, dass es einem über den Kopf wächst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Wenn man eine gute Idee hat, kann man sie in dieser Praxis auch verwirklichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Man muss mit Leuten zusammenarbeiten, die keinen Spaß verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diese Arbeit erlaubt es, eine Menge eigener Entscheidungen zu treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Man hat zu wenig Gelegenheit, Dinge zu tun, die man gut beherrscht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Der/die Leiter(in) hilft mir bei der Erledigung der Aufgaben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Es kommt schon vor, daß einem die Arbeit zu schwierig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Das gegenseitige Vertrauen ist bei uns so groß, daß wir offen über alles, auch ganz persönliche Sachen reden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diese Arbeit erfordert große Verantwortung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Man kann bei dieser Arbeit immer wieder Neues dazulernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Wenn ein Fehler passiert, findet der/die Leiter(in) ihn immer bei uns, nie bei sich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Es passiert soviel auf einmal, daß man es kaum bewältigen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• An meinem Arbeitsplatz bieten sich Möglichkeiten, zwischendurch kurz Dinge zu tun, die nichts mit meinen Aufgaben zu tun haben (z.B. kurze Pausen, Telefonate etc.) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hier hat man das Gefühl, dass man mehr könnte, als von einem verlangt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Es gibt fast jeden Tag etwas anderes zu tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diese Arbeit ist zerstückelt, man erledigt nur kleine Teilaufgaben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Der/die Leiter(in) erschwert einem das Arbeiten durch seine / ihre Anweisungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diese Arbeit ist abwechslungsreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Es gibt häufig Spannungen am Arbeitsplatz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bei dieser Arbeit werden keine besonderen Fähigkeiten und Fertigkeiten erwartet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Der/die Leiter(in) ist daran interessiert, dass es seinen/ihren Mitarbeiter(innen) gut geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bei meiner Arbeit kann man eine Sache oder einen Auftrag von A bis Z herstellen/ausführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anhang A1: INTAKE Fragebogen: Persönliche Arbeitssituation in der Praxis - Fortsetzung

[illegible]

## Anhang A1: INTAKE Fragebogen: Persönliche Arbeitssituation in der Praxis - Fortsetzung

Wie sehr können Sie sich auf die folgenden Personen verlassen, wenn in der Arbeit Probleme auftauchen.					
	gar nicht	wenig	einigermaßen	ziemlich	völlig
• Auf Ihre(n) Leiter(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Auf Ihre Arbeitskollegen und -kolleginnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Auf Ihre(n) Lebenspartner(in) (Ich bin derzeit alleinlebend <input type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Auf andere Personen außerhalb der Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sehr sind diese Personen bereit, Ihre Probleme in der Arbeit anzuhören.					
	gar nicht	wenig	einigermaßen	ziemlich	völlig
• Ihre(n) Leiter(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ihre Arbeitskollegen und -kolleginnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ihre(n) Lebenspartner(in) (Ich bin derzeit alleinlebend <input type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Andere Personen außerhalb der Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sehr unterstützen diese Personen Sie aktiv, so dass Sie es in der Arbeit leichter haben.					
	gar nicht	wenig	einigermaßen	ziemlich	völlig
• Ihre(n) Leiter(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ihre Arbeitskollegen und -kolleginnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ihre(n) Lebenspartner(in) (Ich bin derzeit alleinlebend <input type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Andere Personen außerhalb der Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Anhang A2: INTAKE Fragebogen: Persönliche Beurteilung von Qualitätssicherung in der Praxis

## Persönliche Beurteilung von Qualitätssicherung in der Praxis

Schwerpunkt dieser Befragung sind Ihre Erfahrungen bzw. Ideen zu Qualitätssicherungsmaßnahmen und Qualitätsmanagement-Systemen (QM-Systemen) in ergotherapeutischen Praxen und interdisziplinären Teams.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen persönlich und vollständig aus.

## ⑤ Wirkungen der Qualitätssicherung (1)

Welche Wirkungen und Einflüsse haben Ihrer Meinung nach Qualitätssicherungsmaßnahmen? Bitte schätzen Sie ein...

	<i>ja</i>	<i>eher ja</i>	<i>weder noch</i>	<i>eher nein</i>	<i>nein</i>
• Sie sind eine Hilfe bei der Identifikation von problematischen Behandlungsverläufen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sie führen zu einer Steigerung des Problembewusstseins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sie erhöhen die Unterstützung des einzelnen durch höhere Hierarchieebenen der Institution / Praxis (z.B. durch den Inhaber der Praxis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sie fördern die Unehrlichkeit (z.B. beim Ausfüllen bestimmter Fragen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sie verstärken die Angst vor Kontrolle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sie führen zu einer Verbesserung der Arbeitszufriedenheit / Motivation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sie schränken die therapeutische Freiheit ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sie sind eine gute Grundlage für Forschung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sie bedeuten mehr Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sie liefern Argumente für den Ausbau der Versorgung mit Dienstleistungen (Ergotherapie, Krankengymnastik, ...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Zentrales Ziel ist die Kostenkontrolle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sie liefern einen empirischen Nachweis der Wirksamkeit unserer Behandlungsprogramme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sie machen den Ausbildungsstand der eigenen Berufsgruppe Ergotherapie, (Krankengymnastik, ...) transparent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sie lassen das Qualitätsniveau einer Institution / Praxis erkennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sie decken Defizite im Prozeß der Patientenbehandlung auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sie liefern aussagekräftige Ergebnisse über Erfolge der Patientenbehandlung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Qualitätssicherung ist ein Beitrag zur optimalen Versorgung der Bevölkerung mit (ergotherapeutischen, ...) Dienstleistungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anhang A2: INTAKE Fragebogen: Persönliche Beurteilung von Qualitätssicherung in der Praxis –Forts.

## ⑤ Wirkungen der Qualitätssicherung (2)

Welche Wirkungen und Einflüsse haben Ihrer Meinung nach Qualitätssicherungsmaßnahmen? Bitte schätzen Sie ein...

	ja	eher ja	weder noch	eher nein	nein
• Sie geben Informationen über den Einzelfall hinaus und ermöglichen den Vergleich verschiedener Jahrgänge, Stationen oder Institutionen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Institutionen / Praxen sollten Vorgaben von externen Stellen bekommen, um einen Standard zu etablieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Der Behandlungsablauf und die Behandlungsergebnisse werden durchsichtiger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich halte es für sinnvoll durch kontinuierliche Beobachtung weitere Informationen zu Wirkungen und Nebenwirkungen der Therapien zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Durch Qualitätssicherung wird das Diagnoseverhalten der TherapeutInnen verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Qualitätssicherung liefert einen Beitrag zur Verbesserung der Indikationsstellung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Qualitätssicherung gibt Anregungen, das Behandlungskonzept ggf. während der Behandlung besser auf die Patienten abzustimmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Qualitätssicherungsmaßnahmen führen zu einer höheren Patientenzufriedenheit / Zufriedenheit der Angehörigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Qualitätssicherung führt zu Zwietracht in den therapeutischen Teams.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Qualitätssicherung fördert die Zielorientierung von Interventionen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Qualitätssicherung fördert das Kostenbewußtsein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Durch Qualitätssicherung kann die Behandlungsdauer reduziert werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Alles in allem finde ich Qualitätssicherung sinnvoll und gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anhang A2: INTAKE Fragebogen: Persönliche Beurteilung von Qualitätssicherung in der Praxis –Forts.

## ⑥ Die Rahmenbedingungen meiner Institution / Praxis

Bitte schätzen Sie die folgenden Merkmale nach persönlicher <b>Wichtigkeit</b> <u>und</u> <b>Zufriedenheit</b> ein.  Wenn Sie in einem Bereich keine Erfahrung haben, schätzen Sie bitte trotzdem die <b>Wichtigkeit</b> ein und kreuzen dann „ <b>keine Erfahrung</b> “ an.	<i>Das ist mir...</i>					<i>Damit bin ich...</i>					
	<i>nicht wichtig</i>	<i>etwas wichtig</i>	<i>ziemlich wichtig</i>	<i>sehr wichtig</i>	<i>extrem wichtig</i>	<i>unzufrieden</i>	<i>eher unzufrieden</i>	<i>eher zufrieden</i>	<i>ziemlich zufrieden</i>	<i>sehr zufrieden</i>	<i>keine Erfahrung</i>
• Organisatorische Rahmenbedingungen der Institution / Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Eigener finanzieller Spielraum innerhalb der Institution / Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Auslastung der Institution / Praxis mit Patienten (Warteliste, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Handlungsspielraum während der Therapiedurchführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Zugang zu einem Computer in der Institution / Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Umgang mit Standardsoftware	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Wissen über Tests und zum Umgang mit Testverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Wissen über einzelfallstat. Auswertung von Therapieverläufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Durchführung von Dokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Durchführung von Dokumentation am Computer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Manuale zur Durchführung einzelner Maßnahmen (...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Weiterbildung in Qualitätssicherung (z.B. Moderation,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Durchführung von Fallbesprechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Supervision des / der Teams	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Persönlicher Ansprechpartner zum Thema Qualitätssicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ansprechpartner in Verbänden zum Thema Qualitätssicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mitarbeit in Arbeitsgemeinschaften (...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Persönlicher Ansprechpartner zu allgemeiner Praxenorganisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anhang A2: INTAKE Fragebogen: Persönliche Beurteilung von Qualitätssicherung in der Praxis –Forts.

## ⑦ Die Dokumentationsunterlagen meiner Institution / Praxis

Bitte schätzen Sie ein, mit welchen Hilfsmitteln Sie Qualität sichern bzw. Ihre Diagnostik und Dokumentation stützen.

1. Einschätzung des Standardisierungsgrades: Die Leitfrage ist in diesem Zusammenhang:

„Inwieweit ist das Dokumentationsinstrument standardisiert?“

2. Einschätzung der Hilfestellung: Die Leitfrage ist in diesem Zusammenhang:

„Inwieweit hilft mir das Dokumentationsinstrument um meine Therapien / meine Therapieergebnisse transparent zu machen?“

- Wird ein Instrument in Ihrer Praxis nicht eingesetzt, kreuzen Sie bitte nur „**nicht im Gebrauch**“ an.
- Wenn Sie neben den angegebenen Unterlagen noch andere verwenden, tragen Sie diese bitte in die freien Felder ein und schätzen dann die Qualität für die Praxis ein.

## Standardisierungsgrad

völlig individuell gestaltet  
halbstrukturierte Vorgabe  
Institutions-/Praxenvordruck  
identisch mit anderen Praxen  
nationaler Standardbogen  
nicht im Gebrauch

Dies ist sehr hilfreich  
ja  
eher ja  
weder noch  
eher nein  
nein

• Warteliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anmeldebogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• störungsspezifische Informationsbroschüren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Informationsblätter (Terminabsage, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erstbesuchs/-gesprächsprotokoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Allgemeiner Anamnesebogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• SI - Anamnesebogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Therapieverträge (Honorarvertrag, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Behandlungsprotokoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tests (Materialien, Vordrucke, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Befundbogen (intern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Befundbericht (an behandelnden Arzt,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Therapieplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Abschlußfragebogen (Zufriedenheit mit Therapie, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Abschlußbericht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anhang B1: Instruktion zur Selbstreflexion im Gruppenrahmen (nach Selck, 2000)

**Die Qualität ergotherapeutischer Tätigkeiten**

Dieses erste Teamgespräch beinhaltet eine Selbstreflexion, welche Sie während der gesamten Auseinandersetzung mit dem Thema begleiten wird. Sie erhalten mit diesem Instrument die Möglichkeit, über die Qualität ergotherapeutischer Tätigkeiten zu reflektieren. „Qualität“ (lat. ‘qualis’ = wie beschaffen) ist wertneutral und bezeichnet nichts Absolutes. Die Qualität ergotherapeutischer Tätigkeiten setzt sich aus vielen Aspekten zusammen. Jedes einzelne Merkmal ist mehr oder weniger zentral für die persönliche Einschätzung. Ihre subjektiven Ideen und Einschätzungen sollen bei der Bearbeitung im Vordergrund stehen.

**Ablauf:** Das Arbeitsblatt auf der nächsten Seite hat eine Begrenzungslinie und einen Kreis in der Mitte, der mit „Die Qualität ergotherapeutischer Tätigkeiten“ bezeichnet ist. Außerdem steht Ihnen eine Karte mit 15 blauen und 9 grünen Klebepunkten zur Verfügung, die mit den Ziffern 1 - 24 bezeichnet sind.

Die Distanz eines Punktes vom Mittelpunkt soll die Einflussstärke kennzeichnen. Ein Klebepunkt in unmittelbarer Nähe des Mittelpunktes zeigt an, dass dieses Kriterium zentralen Einfluss auf die Qualität ergotherapeutischer Tätigkeiten hat. Ein Klebepunkt, der weit vom Mittelpunkt entfernt ist, zeigt an, dass das gewählte Kriterium nur unmaßgeblich die Qualität ergotherapeutischer Tätigkeiten beeinflusst.

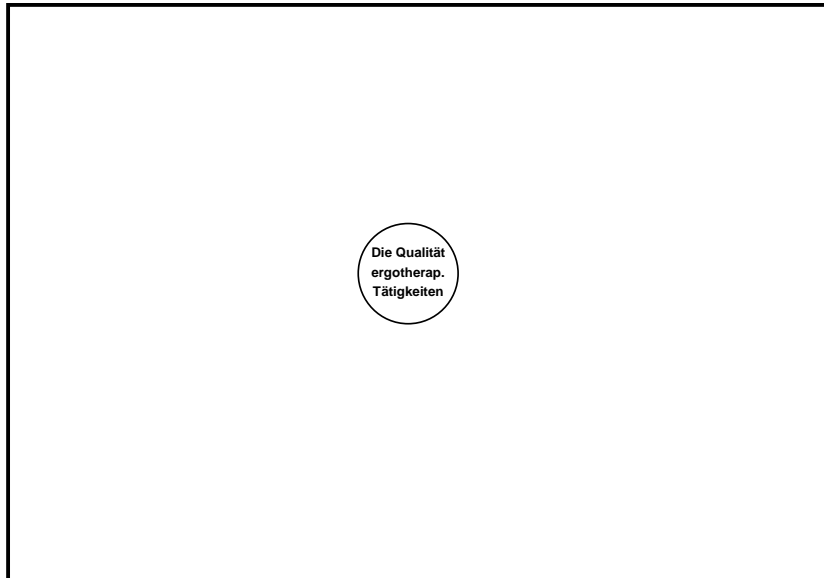
**So gehen Sie vor:**

1. Bitte notieren Sie das erste Merkmal, das Ihnen einfällt auf der Rückseite der Karte.  
Diesem Merkmal wird der blaue Klebepunkt Nr.1 zugeordnet.
1. Kleben Sie nun bitte diesen blauen Punkt auf das Blatt, in der Entfernung vom Mittelpunkt, der die momentane Einflussstärke auf die „Qualität ergotherapeutischer Tätigkeiten“ kennzeichnet.
2. Gehen Sie bitte bei allen folgenden Kriterien in gleicher Weise vor. Die Nummer des Klebepunktes gibt jeweils an, in welcher Reihenfolge Ihnen die einzelnen Kriterien einfallen. Die Distanz vom Mittelpunkt zeigt an, wie zentral bzw. peripher das Kriterium die Qualität beeinflusst.
3. Sollten Ihnen mehr Kriterien einfallen als blaue Klebepunkte vorhanden sind, zeichnen Sie bitte die weiteren Punkte mit einem Stift selbstständig ein (ohne Numerierung) und notieren in diesem Fall die Bezeichnung direkt auf dem Blatt.
4. Bitte machen Sie noch folgende Angaben:
  - Mein Alter: \_\_\_\_\_ Jahre    ➤ Berufserfahrung: \_\_\_\_\_ Jahre    ➤ Anzahl der KollegInnen: \_\_\_\_\_
  - Mein Geschlecht ☐ m ☐ w    ➤ Ich leite eine Praxis ☐ ja ☐ nein

Bitte verwenden Sie nur die blauen Klebepunkte Ihrer Karte.

Lassen Sie nun Ihren Gedanken freien Lauf und nutzen Sie möglichst alle Merkmale, die Ihnen spontan in den Sinn kommen.

## Anhang B2: Arbeitsblatt zur Selbstreflexion im Gruppenrahmen (Original: DIN A4; nach Selck, 2000)



## Anhang B3: Kriteriensammelkarte zur Selbstreflexion im Gruppenrahmen (Original: DIN A6 Karteikarte) – Vorderseite (aus Selck, 2000)

Bitte benutzen Sie diese Klebepunkte zur Markierung Ihrer Merkmale

1	2	3	4	5
6.	7	8	9.	10
11	12	13	14	15

16	17	18
19	20	21
22	23	24

## Anhang B4: Kriteriensammelkarte zur Selbstreflexion im Gruppenrahmen – Rückseite

Hier bitte die Einzelmerkmale eintragen und dann die Klebepunkte setzen

(1)		(13)	
(2)		(14)	
(3)		(15)	
(4)		(16)	
(5)		(17)	
(6)		(18)	
(7)		(19)	
(8)		(20)	
(9)		(21)	
(10)		(22)	
(11)		(23)	
(12)		(24)	

## Anhang C: Definition der Einzelskalen / –items des SALSA (aus Rimann &amp; Udris, 1997, S.286f.)

<b>Skalenbezeichnung</b>	<b>Definition (zitiert aus Rimann und Udris, 1997)</b>
Ganzheitlichkeit der Aufgabe	„Die Skala erfasst den Grad, in dem bei der Arbeit eine Aufgabe vollständig erledigt wird – im Sinne der Bearbeitung einer Aufgabe von Beginn bis zum Ende und mit einem erkennbaren Ergebnis.“ (S.287)
Qualifikationsanforderungen und Verantwortung	„Die Skala erfasst den Grad, in dem die Aufgaben besondere Ausbildung, spezielle Fähigkeiten und Fertigkeiten oder auch selbständige Planung und Entscheidungen verlangen.“ (S.288)
Überforderung durch die Arbeitsaufgaben (qualitativ und quantitativ)	„Quantitativ: Darunter werden Belastungen durch das anfallende Arbeitsvolumen und durch parallele Erledigung mehrerer Aufgaben sowie Zeitdruck verstanden. Quantitativ: Damit sind Belastungen gemeint, die durch Aufgaben entstehen, welche andere Qualifikationen verlangen, als vorhanden sind.“ (S.288)
Unterforderung durch die Arbeitsaufgaben (qualitativ)	„Diese Skala erfasst die Nichtausnutzung vorhandener Qualifikationen.“ (S.288)
Belastendes Sozialklima (Kolleginnen ,Kollegen)	„Damit sind Belastungen angesprochen, die bei der Erledigung der Arbeitsaufgabe im Umgang mit Arbeitskolleginnen und Kollegen erlebt werden.“ (S.288)
Belastendes Verhalten des Leiters / der Leiterin	„Damit sind Belastungen angesprochen, die bei der Erledigung der Arbeitsaufgabe im Umgang mit Vorgesetzten erlebt werden.“ (S.288)
Belastungen durch ‚äußere‘ Tätigkeitsbedingungen	„Einzelitems erfassen ergonomische und andere belastende Bedingungen (...).“ (S.288)
Aufgabenvielfalt	„Die Skala erfasst die qualitative Vielfalt der anfallenden Aufgaben. Wird stets wieder etwas anderes getan, oder fallen immer Aufgaben der gleichen Art an.“ (S.289)
Qualifikationspotential der Arbeitstätigkeit	„Zur Erfassung der Lernmöglichkeiten bei der Arbeit, die auch als berufliche Zukunftschancen begriffen werden können, wird nach dem Fähigkeitszuwachs bzw. –verlust durch die Arbeit gefragt.“ (S.289)
Tätigkeitsspielraum (Entscheidungs- und Kontrollspielraum)	„Gefragt wird nach den Möglichkeiten, Entscheidungen zu treffen, die Arbeit selbstständig einzuteilen, und nach Ausführungsvarianten bei der Erledigung der Aufgaben.“ (S.289)
Partizipationsmöglichkeiten	„Die Skala erfasst den Grad, in dem die Firmenleitung oder Vorgesetzte rechtzeitig über Änderungen der Arbeitsorganisation informieren, und inwiefern bei Veränderungen auch Eigeninitiative, Mitsprache und Beteiligung (Partizipation) ermöglicht werden.“ (S.289)
Persönliche Gestaltungsmöglichkeiten	„Dieses Einzelitem erfasst die Möglichkeit der Ausgestaltung des Arbeitsplatzes nach persönlichem Geschmack.“ (S.289)
Spielraum für pers. / private Dinge bei der Arbeit	„Dieses Einzelitem erfasst die Möglichkeit, z.B. Privatgespräche oder Unterhaltungen mit Kolleginnen und Kollegen zu führen.“ (S.289)
Positives Sozialklima	„Ein positives Sozialklima beinhaltet bei dieser Skala gegenseitiges Interesse, Vertrauen, Offenheit und Humor im Umgang mit anderen Personen bei der Arbeit.“ (S.290)
Mitarbeiterorientiertes Vorgesetztenverhalten	„Die Skala erfasst den Grad, in dem der/die Vorgesetzte dem/der Angestellten bei der Arbeit zugänglich ist, respektvoll und fair gegenübertritt und Feedback über die geleistete Arbeit gibt.“ (S.290)
Soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten	„Die Skala erfasst den Grad, in dem Vorgesetzte bereit sind, einem ‚ein offenes Ohr zu leihen‘ und bei Problemen zu helfen.“ (S.290)
Soziale Unterstützung durch Arbeitskollegen und Arbeitskolleginnen	„Die Skala erfasst den Grad, in dem Kollegen und Kolleginnen in der Arbeit bereit sind, einem ‚ein offenes Ohr zu leihen‘, bei Problemen zu helfen und dass man sich auf sie verlassen kann.“ (S.290)

## Anhang D: Abgleich der verwendeten Items in Anlehnung an Lutz (1997)


Verwendete Items (INTAKE)	Items (Lutz, 1997)
• Sie sind eine Hilfe bei der Identifikation von problematischen Behandlungsverläufen	♦ Sie sind eine Hilfe bei der Identifikation von problematischen Behandlungsverläufen
• Sie führen zu einer Steigerung des Problembewusstseins	♦ Sie führen zu einer Steigerung des Problembewusstseins
• Sie erhöhen die Unterstützung des einzelnen durch höhere Hierarchieebenen der Inst. / Praxis	♦ Sie erhöhen die Unterstützung der TeilnehmerInnen durch höhere Hierarchieebenen der Institution
• Sie fördern die Unehrlichkeit (z.B. beim Ausfüllen bestimmter Fragen)	♦ Sie fördern die Unehrlichkeit (z.B. beim Ausfüllen bestimmter Fragen)
• Sie verstärken die Angst vor Kontrolle	♦ Sie verstärken die Angst vor Kontrolle
• Sie führen zu einer Verbesserung der Arbeitszufriedenheit / Motivation	♦ Sie führen zu einer Verbesserung der Arbeitszufriedenheit / Motivation
• Sie schränken die therapeutische Freiheit ein	♦ Sie schränken die therapeutische Freiheit ein
• Sie sind eine gute Grundlage für Forschung	♦ Sie sind eine gute Grundlage für Forschung
• Sie bedeuten mehr Arbeit	♦ Sie bedeuten mehr Arbeit
• Sie liefern Argumente für den Ausbau der Versorgung mit ergotherapeut. Dienstleistungen	♦ Sie liefern Argumente für den Ausbau psychotherapeutischer Versorgung
• Zentrales Ziel ist die Kostenkontrolle	♦ Zentrales Ziel ist die Kostenkontrolle
• Sie liefern einen empirischen Nachweis der Wirksamkeit unserer Behandlungsprogramme	♦ Sie liefern einen empirischen Nachweis der Wirksamkeit unseres Behandlungsprogramme
• Sie machen den Ausbildungsstand der eigenen Berufsgruppe transparent	Keine Entsprechung
• Sie lassen das Qualitätsniveau einer Institution / Praxis erkennen	Keine Entsprechung
• Sie decken Defizite im Prozess der Patientenbehandlung auf	♦ Aufdeckung von Defiziten bzgl. Struktur, Prozess und den Ergebnissen von Patientenbehandlungen
• Sie liefern aussagekräftige Ergebnisse über Erfolge der Patientenbehandlung	Keine Entsprechung
• Qualitätssicherung ist ein Beitrag zur optimalen Versorgung der Bevölkerung mit ergotherapeutischen Dienstleistungen	♦ Qualitätssicherung ist ein Beitrag zur optimalen psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung
• Sie geben Informationen über den Einzelfall hinaus und ermöglichen den Vergleich verschiedener Jahrgänge, Stationen und Institutionen	♦ Sie geben Informationen über den Einzelfall hinaus und ermöglichen den Vergleich verschiedener Jahrgänge, Stationen oder Institutionen
• Institutionen / Praxen sollten Vorgaben von externen Stellen bekommen, um einen Standard zu etablieren	♦ Qualitätssicherung befasst sich mit der Durchführung einer sinnvollen juristischen / administrativen Vorgabe
• Der Behandlungsablauf und die Behandlungsergebnisse werden durchsichtiger	♦ Der Behandlungsablauf und die Behandlungsergebnisse werden durchsichtiger



## Anhang D: Abgleich der verwendeten Items in Anlehnung an Lutz (1997) - Fortsetzung

Verwendete Items (INTAKE)	Items (Lutz, 1997)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich halte es für sinnvoll durch kontinuierliche Beobachtung weitere Informationen zu Wirkungen und Nebenwirkungen der Therapien zu bekommen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Die Effektivität psychotherapeutischen Handelns ist wissenschaftlich gesichert; dennoch halte ich es für wichtig durch kontinuierliche Beobachtungen in der Praxis weitere Informationen zu Wirkungen, Patienteneinschätzungen und Nebenwirkungen zu erhalten</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durch Qualitätssicherung wird das Diagnoseverhalten der TherapeutInnen verbessert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Durch Qualitätssicherungsmaßnahmen wird das Diagnoseverhalten der TherapeutInnen verbessert</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitätssicherung liefert einen Beitrag zur Verbesserung der Indikationsstellung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Qualitätssicherungsmaßnahmen liefern einen Beitrag zur Verbesserung des Indikationsverhaltens</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitätssicherung gibt Anregungen, das Behandlungskonzept ggf. während der Behandlung besser auf den Patienten abzustimmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Qualitätssicherung gibt Anregungen das Behandlungskonzept ggf. während der Behandlung besser auf die Patientin bzw. den Patienten abzustimmen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitätssicherungsmaßnahmen führen zu einer höheren Patientenzufriedenheit / Zufriedenheit der Angehörigen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Qualitätssicherungsmaßnahmen führen zu einer höheren Patientenzufriedenheit</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitätssicherung führt zu Zwietracht in den therapeutischen Teams</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Qualitätssicherung führt zu Zwietracht in den therapeutischen Teams</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitätssicherung fördert die Zielorientierung von Interventionen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Qualitätssicherung fördert das Kostenbewusstsein und damit die Zielorientierung von Interventionen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitätssicherung fördert das Kostenbewusstsein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Qualitätssicherung fördert das Kostenbewusstsein und damit die Zielorientierung von Interventionen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durch Qualitätssicherung kann die Behandlungsdauer reduziert werden</li> </ul>	Keine Entsprechung
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alles in allem finde ich Qualitätssicherung sinnvoll und gut</li> </ul>	Keine Entsprechung
Keine Entsprechung	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Qualitätssicherungsmaßnahmen führen zu einer besseren Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern</li> </ul>
Keine Entsprechung	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Sie ermöglichen eine sinnvolle Zuteilung von Ressourcen / Sachmitteln</li> </ul>

## Anhang E1: Protokollbogen zur individuellen Therapiezielplanung (in Anlehnung an GAS)

 <b>Individuelle Therapiezielplanung</b>			
PatientIn / Kodierung		Datum: _____	
Diagnose:		TherapeutIn: _____	
Zeitraum für Zielerreichung: Von: _____ bis: _____		Therapiestunde: ____	
<b>Merkmalsbereich:</b> _____ <b>Globaleinstufung (1-5):</b> ____			
	Zielformulierung des Therapeuten / der Therapeutin	Zielformulierung des Patienten / des Angehörigen	Bemerkungen:
<b>-2</b> wesentlich schlechter als erwartet			
<b>-1</b> etwas schlechter als erwartet			
<b>0</b> erwartetes Therapie- ergebnis			
<b>+1</b> etwas besser als erwartet			
<b>+2</b> wesentlich besser als erwartet			
<b>Wichtigkeit im Gesamt- prozess</b> (minimal: 0... maximal: 10)			Ausgangsniveau bitte mit <b>✗</b> kennzeichnen.  Ziel (-Endniveau) bitte mit <b>✓</b> kennzeichnen.



Anhang F: Beurteilungsbereiche, Fragen und Qualitätsstandards als Rahmenstruktur für die Durchführung einer Selbstbewertung innerhalb einer ergotherapeutischen Praxis (in Anlehnung an EFQM, 1995)

Beurteilungsbereich	Fragen	Qualitätsstandards
Strategische Ausrichtung der Praxis	1 Sind Ziele, Werte und Zweck der Praxis definiert und schriftlich festgelegt?	Ziele, Werte und Zweck der ergotherapeutischen Praxis sind schriftlich festgelegt.
	2 Wird in den Zielen und Werten die Lebensqualität und die Zufriedenheit der Patienten und deren Angehörigen berücksichtigt?	Die Lebensqualität und die Zufriedenheit der Patienten und deren Angehörigen werden in den Zielen und Werten berücksichtigt. Die Praxis hat sich dazu verpflichtet, die definierten Ziele und Werte zu erreichen.
Ausstattung der Praxis	3 Entspricht die Praxisausstattung den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen?	Die Praxisausstattung entspricht den Empfehlungen.
	4 Entsprechen die verwendeten Materialien und Werkzeuge den Kriterien des DVE?	Die Praxisausstattung entspricht den DVE-Kriterien.
Organisatorische Prozesse	5 Gibt es klare Vertretungsregeln im Krankheits- und Urlaubsfall und ist eine ausreichende Mindestbesetzung sichergestellt?	Es gibt klare Vertretungsregeln im Krankheits- und Urlaubsfall und eine Mindestbesetzung ist sichergestellt.
	6 Gibt es kontinuierlich Besprechungen, um die Arbeitsabläufe zu optimieren?	Es gibt kontinuierlich Besprechungen zur Optimierung der Arbeitsabläufe
Personalführung	7 Gibt es konkrete Vorstellungen / Anforderungsprofile, die bei der Einstellung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter berücksichtigt werden?	Es gibt festgeschriebene Richtlinien für die Einstellung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
	8 Werden neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einer Einführung mit ihren Aufgaben und den Zielen und Werten der ergotherapeutischen Praxis vertraut gemacht?	Es findet eine systematische Einführung und Einarbeitung neuer Mitarbeiter statt.
Mitarbeiterzufriedenheit	9 Finden Gespräche zwischen Mitarbeitern und der Leitung in einer offenen und vertrauensvollen Atmosphäre statt?	Die Kommunikation zwischen Praxisleitung und Personal findet in einer vertrauensvollen, offenen Atmosphäre statt.
	10 Werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an Entscheidungsprozessen beteiligt?	Die Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Entscheidungsfindung wird gefördert und es wird versucht, eine Einigung zu erreichen.
Informationspolitik	11 Gibt es eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit Kindergärten, Schulen, Krankenhäusern, ambulanten Pflegediensten und anderen Institutionen?	Es gibt eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit diversen Institutionen mit dem Ziel, die jeweiligen Leistungen optimal abzustimmen.
	12 Gibt es eine Informationsbroschüre der Praxis, in der die wesentlichen und aktuellen Dienstleistungen beschrieben sind und die jedem Interessenten ausgehändigt wird?	In einer Informationsbroschüre werden die aktuellen Dienstleistungen beschrieben; sie stehen in ausreichender Menge zur Verfügung und werden jedem Interessenten ausgehändigt.
Kundenzufriedenheit	13 Gibt es ein verbindlich festgelegtes Vorgehen, wie mit Beschwerden von Patienten bzw. Angehörigen und anderen Kunden umgegangen wird?	Beschwerden werden einheitlich und in einem definierten Zeitraum bearbeitet.
	14 Werden Befragungen zur Zufriedenheit der Patienten bzw. deren Angehörige und anderer externer Kunden durchgeführt?	Jeder Patient / Angehörige wird zweimal im Jahr nach seiner Zufriedenheit befragt?

Anhang G: Rotierte Komponentenmatrix als Ergebnis der Hauptkomponentenanalyse  
 (Rotationsverfahren: Varimax mit Kaiser-Normalisierung. Rotation in 11 Iterationen  
 konvergiert; Absolutwerte unter ,250 werden nicht angezeigt; n=101)

Item-Nr.	Komponente							
	1	2	3	4	5	6	7	8
B1					,320		,431	
B2					,294		,273	-,254
B3	,742							
B4R						,533		
B5		-,318					,495	
B6				,713				
B7				,727				
B8							,695	
B9					,522			
B10								,700
B11						,423		,252
B12			-,339			,662		
B13	,358	,310		-,404			,312	,369
B14R		,516	,263	-,412				
B15		,269		-,361	,507			,345
B16				,502		,267	-,419	
B17	,484						,493	
B18						,380		,420
B19			,587				,272	
B20					,744			
B21	,332				,722			
B22R	,613	,403						
B23	-,328					,584		
B24								,752
B25				,549				
B26						,431	,310	
B27R		,273		-,354	,274	-,399		
B28R	,350	,635						
B29			,370	-,431	,482			
B30R	,274	,611						
B31			-,274		-,327			
B32	,708							
B33						-,508	,457	
B34				,494		,425		
B35R	,657	,433						
B36		,463			,477			,340
B37	,285		,713					
B38	,675		,382					
B39R		,631						
B40R		,668						
B41			-,467					
B42	,503	,265						,360
B43	,298		,575				,350	
B44	,588		,422					
B45			,841					

Anhang H: Rotierte Komponentenmatrix als Ergebnis der Hauptkomponentenanalyse  
 (Rotationsverfahren: Varimax mit Kaiser-Normalisierung. Rotation in 13 Iterationen  
 konvergiert; Absolutwerte unter ,250 werden nicht angezeigt; n=264)

Item-Nr.	Komponente						
	1	2	3	4	5	6	7
Q1	,276			,656			
Q2	,377			,705			
Q3				,668			
Q4R		,664				,386	
Q5R		,750					
Q6	,295	,464		,339	,270		
Q7R		,592					
Q8			,678		,286		
Q9R		,503			-,271	-,400	
Q10			,486	,254			
Q11R		,597					-,329
Q12	,431		,630				
Q13			,594			,267	
Q14	,464		,343	,357		,261	
Q15	,538			,383		,359	
Q16	,510	,310	,387				
Q17	,297	,309	,500			,286	
Q18			,692				
Q19						,678	
Q20	,574		,327		,323		
Q21					,742		
Q22	,768						
Q23	,715		,252	,294			
Q24	,786						
Q25	,688	,301					
Q26R	,273	,696					
Q27	,497				,458		
Q28							,832
Q29	,473						,389
Q30	,511	,402		,317			

Anhang I: Vergleich der internen Konsistenzen (Cronbachs  $\alpha$ ) mit den Berechnungen von Rimann & Udris (1997)

<b>Merkmalsbereich</b>	<b>Skalenbezeichnung</b>	<b>INTAKE (n=100)</b>	<b>Rimann &amp; Udris (1997)</b>
Aufgaben- charakteristika	Ganzheitlichkeit der Aufgaben	0,60	0,75
	Qualifikationsanforderungen und Verantwortung	0,50	0,71
Arbeits- belastungen	Überforderung durch die Arbeitsaufgaben (qualitativ und quantitativ)	0,66	0,78
	Unterforderung durch die Arbeitsaufgaben (qualitativ)	0,61	0,62
	Belastendes Sozialklima (Kolleginnen / Kollegen)	0,67	0,60
	Belastendes Verhalten (Leiter / Leiterin)	0,79	0,78
Belastungen durch „äußere“ Tätigkeits- bedingungen	Belastung durch Lärm, ungünstige Beleuchtung, unangenehme Temperatur, Wartezeiten, mangelhafte technische Geräte / Arbeitsmittel, lange am Bildschirm arbeiten, Klimaanlage, Schichtarbeit oder ungünstige Arbeitszeiten, Arbeitshaltung und Zeitdruck bei der Arbeit	0,70	-
Organisationale Ressourcen	Aufgabenvielfalt	0,45	0,76
	Qualifikationspotential der Arbeitstätigkeit	0,29	0,85
	Tätigkeitsspielraum (Entscheidungs- und Kontrollspielraum)	0,29	0,50
	Partizipationsmöglichkeiten	0,60	0,62
	Persönliche Gestaltungsmöglichkeiten	-	-
	Spielraum für persönliche und private Dinge bei der Arbeit	-	-
Soziale Ressourcen bei der Arbeit	Positives Sozialklima	0,77	0,72
	Mitarbeiterorientiertes Vorgesetztenverhalten	0,81	0,80
	Soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten	0,89	0,90
	Soziale Unterstützung durch Arbeitskollegen und Arbeitskolleginnen	0,86	0,87

Anhang J: Zusammenstellung der „SALSA-Items“ zu INTAKE-Einzelskalen aufgrund einer rotierten Hauptkomponentenanalyse (Varimax mit Kaiser-Normalisierung, n=100)

Skalenbezeichnung	SALSA-Item	Item-Nr.	Cronbachs $\alpha$
Mitarbeiterorientiertes Leiterverhalten (B_Fakt_1)	Der / die Leiter(in) lässt einen wissen, wie gut man seine Arbeit getan hat.	B3	0,87
	Der/die Leiter/in hilft mir bei der Erledigung der Aufgaben.	B17	
	Wenn ein Fehler passiert, findet der/die Leiter/in ihn immer bei uns, nie bei sich.	B22R	
	Der/die Leiter/in ist daran interessiert, dass es seinen/ihren Mitarbeiter(innen) gut geht.	B32	
	Der/die Leiter/in behandelt einen unfair.	B35R	
	Man hat leicht Zugang zum/zur Leiter/in.	B38	
	Bei wichtigen Dingen in der Praxis kann man mitreden und mitentscheiden.	B42	
	Der/die Leiter/in schenkt dem was ich sage, Beachtung.	B44	
Belastendes Sozialklima (B_Fakt_2)	Man muss mit Leuten zusammenarbeiten, die keinen Spaß verstehen.	B14R	0,79
	Der/die Leiter/in erschwert einem das Arbeiten durch seine/ihre Anweisungen.	B28R	
	Es gibt häufig Spannungen am Arbeitsplatz.	B30R	
	In der Praxis kommt es vor, dass man vor vollendete Tatsachen gestellt wird.	B39R	
	Man muss ausbaden, was die anderen falsch gemacht haben.	B40R	
Positives Sozialklima (B_Fakt_3)	Das gegenseitige Vertrauen ist so groß, dass wir offen über alles, auch ganz persönliche Sachen reden können.	B19	0,77
	Die Leute, mit denen ich zusammenarbeite, sind freundlich.	B37	
	Die Leute, mit denen ich zusammenarbeite, helfen mir bei der Erledigung meiner Aufgaben.	B43	
	Die Leute, mit denen ich zusammenarbeite, interessieren sich für mich persönlich.	B45	
Fehlende Passung von Arbeitsaufgaben und persönlichen Fähigkeiten (B_Fakt_4)	Bei dieser Arbeit verliert man viele Fähigkeiten, die man früher hatte.	B6	0,68
	Bei dieser Arbeit kommen meine Fähigkeiten zu wenig zum Zuge.	B7	
	Man hat zuwenig Gelegenheit Dinge zu tun, die man gut beherrscht.	B16	
	Hier hat man das Gefühl, dass man mehr könnte, als von einem verlangt wird.	B25	
	Bei dieser Arbeit gibt es Sachen, die zu kompliziert sind.	B34	



Anhang J: Zusammenstellung der „SALSA-Items“ zu Einzelskalen aufgrund einer rotierten Hauptkomponentenanalyse (Varimax mit Kaiser-Normalisierung, n=100) – Fortsetzung

Skalenbezeichnung	SALSA-Item	Item-Nr.	Cronbachs $\alpha$
Anforderungen und Potentiale der Tätigkeit. (B_Fakt_5)	Bei dieser Arbeit macht man etwas Ganzes, Abgerundetes	B1	0,76
	Man muss für diese Arbeit gründlich ausgebildet sein.	B2	
	Man muss in der Lage sein, selbständig Entscheidungen zu treffen.	B9	
	Diese Arbeit erlaubt es, eine Menge eigener Entscheidungen zu treffen.	B15	
	Die Arbeit erfordert große Verantwortung	B20	
	Man kann bei dieser Arbeit immer wieder Neues dazulernen.	B21	
	Diese Arbeit ist zerstückelt, man erledigt nur kleine Teilaufgaben.	B27R	
	Diese Arbeit ist abwechslungsreich	B29	
	Man kann sich seine Arbeit selbstständig einteilen.	B36	
Überforderung durch die Arbeitsaufgaben (qualitativ und quantitativ) (B_Fakt_6)	Man hat genug Zeit, diese Arbeit zu erledigen.	B4R	0,63
	Man muss Dinge tun, für die man eigentlich zu wenig ausgebildet ist.	B11	
	Es gibt soviel zu tun, dass es einem über den Kopf wächst.	B12	
	Es kommt vor, dass einem die Arbeit zu schwierig ist.	B18	
	Es passiert soviel auf einmal, dass man es kaum bewältigen kann.	B23	
Gestaltungsspielraum für persönliche und private Dinge bei der Arbeit (B_Fakt_7)	Man hat die Möglichkeit, den eigenen Arbeitsplatz nach persönlichem Stil einzurichten (...)	B10	0,57
	Wenn man eine gute Idee hat, kann man sie in dieser Praxis auch verwirklichen.	B13	
	An meinem Arbeitsplatz bieten sich Möglichkeiten, zwischendurch kurze Dinge zu tun, die nichts mit meinen Aufgaben zu tun haben (...)	B24	
Aus statischen Gründen nicht zugeordnet.	Bei dieser Arbeit werden keine besonderen Fähigkeiten und Fertigkeiten erwartet.	B31	
	Bei dieser Arbeit muss man immer das Gleiche tun.	B41	
Aus inhaltlichen Gründen nicht zugeordnet.	Diese Arbeit schafft gute Möglichkeiten, im Beruf weiterzukommen.	B8	
	Es ist einem genau vorgeschrieben, wie man seine Arbeit machen muß.	B5	
	Es gibt fast jeden Tag etwas anderes zu tun	B26	
	Bei meiner Arbeit kann man eine Sache oder einen Auftrag von A bis Z herstellen/ausführen.	B33	

Anhang K: Zusammenstellung der Q-Items zu Einzelskalen aufgrund einer rotierten Hauptkomponentenanalyse (Varimax mit Kaiser-Normalisierung, n=264)

Skalenbezeichnung	Einzelitem	Item-Nr.	Cronbachs $\alpha$
Wirkungen auf das Arbeitsklima in der Praxis (Q_Fakt_1)	Sie fördern die Unehrlichkeit (z.B. beim Ausfüllen bestimmter Fragen).	Q4R	0,78
	Sie verstärken die Angst vor Kontrolle.	Q5R	
	Sie führen zu einer Verbesserung der Arbeitszufriedenheit / Motivation.	Q6	
	Sie schränken die therapeutische Freiheit ein.	Q7R	
	Sie bedeuten mehr Arbeit.	Q9R	
	Zentrales Ziel ist die Kostenkontrolle.	Q11R	
	Qualitätssicherung führt zu Zweittracht in den therapeutischen Teams	Q26R	
	Sie lassen das Qualitätsniveau einer Institution / Praxis erkennen.	Q14	
Wirkungen auf Behandlungsablauf und -ergebnisse (Q_Fakt_2)	Der Behandlungsablauf und die Behandlungsergebnisse werden durchsichtiger.	Q20	0,84
	Durch Qualitätssicherung wird das Diagnoseverhalten der TherapeutInnen verbessert.	Q22	
	Qualitätssicherung liefert einen Beitrag zur Verbesserung der Indikationsstellung	Q23	
	Qualitätssicherung gibt Anregungen, das Behandlungskonzept ggf. während der Behandlung besser auf den Patienten abzustimmen.	Q24	
	Qualitätssicherungsmaßnahmen führen zu einer höheren Patientenzufriedenheit / Zufriedenheit der Angehörigen.	Q25	
	Durch Qualitätssicherung kann die Behandlungsdauer reduziert werden.	Q29	
Wirkungen auf die Zielorientierung (Q_Fakt_3)	Ich halte es für sinnvoll durch kontinuierliche Beobachtung weitere Informationen zu Wirkungen und Nebenwirkungen der Therapien zu bekommen.	Q21	0,53
	Qualitätssicherung fördert die Zielorientierung von Interventionen.	Q27	
Wirkungen auf die Problemorientierung (Q_Fakt_4)	Sie sind eine Hilfe bei der Identifikation von problematischen Behandlungsverläufen.	Q1	0,75
	Sie führen zu einer Steigerung des Problembewusstseins.	Q2	
	Sie decken Defizite im Prozess der Patientenbehandlung auf.	Q15	

Anhang K: Zusammenstellung der Q-Items zu Einzelskalen aufgrund einer rotierten Hauptkomponentenanalyse (Varimax mit Kaiser-Normalisierung, n=264) - Fortsetzung

Skalenbezeichnung	Einzelitem	Item-Nr.	Cronbachs $\alpha$
Wirkung des empirischen Nachweises (Q_Fakt_5)	Sie sind eine gute Grundlage für Forschung.	Q8	0,82
	Sie liefern Argumente für den Ausbau der Versorgung mit Dienstleistungen (...).	Q10	
	Sie liefern einen empirischen Nachweis der Wirksamkeit unserer Behandlungsprogramme.	Q12	
	Sie machen den Ausbildungsstand der eigenen Berufsgruppe transparent.	Q13	
	Sie liefern aussagekräftige Ergebnisse über Erfolge der Patientenbehandlung.	Q16	
	Qualitätssicherung ist ein Beitrag zur optimalen Versorgung der Bevölkerung mit (...) Dienstleistungen.	Q17	
	Sie geben Informationen über den Einzelfall hinaus und ermöglichen den Vergleich verschiedener Jahrgänge, Stationen oder Institutionen.	Q18	
Kostenbewusstsein (Q_Fakt_6)	Qualitätssicherung fördert die Kostenbewusstsein.	Q28	-
Externe Orientierung (Q_Fakt_7)	Institutionen / Praxen sollten Vorgaben von externen Stellen bekommen, um einen Standard zu etablieren.	Q19	-
Aus inhaltlichen Gründen nicht zugeordnet	Sie erhöhen die Unterstützung des einzelnen durch höhere Hierarchieebenen der Institution / Praxis.	Q3	-
	Alles in allem finde ich Qualitätssicherung sinnvoll und gut.	Q30	-

Anhang L1: Interkorrelationen der Einzelskalen des Fragebogens zur Beurteilung von Qualitätssicherung in der Praxis (berechnet als Spearman-Rho)

		Q_FAKT_1	Q_FAKT_2	Q_FAKT_3	Q_FAKT_4	Q_FAKT_5	Q_FAKT_6	Q_FAKT_7
Q_FAKT_1	Korrelationskoeffizient	1,000	,445**	,367**	,362**	,461**	-,041	,080
	Sig. (2-seitig)		,000	,000	,000	,000	,507	,195
	N	265	264	264	265	264	264	264
Q_FAKT_2	Korrelationskoeffizient	,445**	1,000	,571**	,577**	,653**	,271**	,130*
	Sig. (2-seitig)	,000		,000	,000	,000	,000	,035
	N	264	264	264	264	264	264	264
Q_FAKT_3	Korrelationskoeffizient	,367**	,571**	1,000	,441**	,470**	,221**	,049
	Sig. (2-seitig)	,000	,000		,000	,000	,000	,426
	N	264	264	264	264	264	264	264
Q_FAKT_4	Korrelationskoeffizient	,362**	,577**	,441**	1,000	,577**	,175**	,088
	Sig. (2-seitig)	,000	,000	,000		,000	,004	,153
	N	265	264	264	265	264	264	264
Q_FAKT_5	Korrelationskoeffizient	,461**	,653**	,470**	,577**	1,000	,244**	,229**
	Sig. (2-seitig)	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	N	264	264	264	264	264	264	264
Q_FAKT_6	Korrelationskoeffizient	-,041	,271**	,221**	,175**	,244**	1,000	,064
	Sig. (2-seitig)	,507	,000	,000	,004	,000		,298
	N	264	264	264	264	264	264	264
Q_FAKT_7	Korrelationskoeffizient	,080	,130*	,049	,088	,229**	,064	1,000
	Sig. (2-seitig)	,195	,035	,426	,153	,000	,298	
	N	264	264	264	264	264	264	264

\*\* . Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant (2-seitig).

\* . Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant (2-seitig).

Anhang L2: Interkorrelationen der Einzelskalen des Fragebogens zur persönlichen Arbeitssituation in der ergotherapeutischen Praxis (berechnet als Spearman-Rho)

		B_FAKT_1	B_FAKT_2	B_FAKT_3	B_FAKT_4	B_FAKT_5	B_FAKT_6	B_FAKT_7
B_FAKT_1	Korrelationskoeffizient	1,000	,407**	,464**	-,208*	,329**	-,195	,436**
	Sig. (2-seitig)		,000	,000	,038	,001	,052	,000
	N	100	100	100	100	100	100	100
B_FAKT_2	Korrelationskoeffizient	,407**	1,000	,252*	-,195	,267**	,073	,154
	Sig. (2-seitig)	,000		,011	,051	,007	,469	,125
	N	100	101	100	101	101	101	101
B_FAKT_3	Korrelationskoeffizient	,464**	,252*	1,000	-,234*	,243*	-,251*	,203*
	Sig. (2-seitig)	,000	,011		,019	,015	,012	,043
	N	100	100	100	100	100	100	100
B_FAKT_4	Korrelationskoeffizient	-,208*	-,195	-,234*	1,000	-,394**	,333**	-,121
	Sig. (2-seitig)	,038	,051	,019		,000	,001	,228
	N	100	101	100	101	101	101	101
B_FAKT_5	Korrelationskoeffizient	,329**	,267**	,243*	-,394**	1,000	-,084	,261**
	Sig. (2-seitig)	,001	,007	,015	,000		,402	,008
	N	100	101	100	101	101	101	101
B_FAKT_6	Korrelationskoeffizient	-,195	,073	-,251*	,333**	-,084	1,000	-,031
	Sig. (2-seitig)	,052	,469	,012	,001	,402		,423
	N	100	101	100	101	101	101	101
B_FAKT_7	Korrelationskoeffizient	,436**	,154	,203*	-,121	,261**	-,081	1,000
	Sig. (2-seitig)	,000	,125	,043	,228	,008	,423	
	N	100	101	100	101	101	101	101

\*\* . Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant (2-seitig).

\* . Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant (2-seitig).

Anhang M: Rotierte Komponentenmatrix als Ergebnis der Hauptkomponentenanalyse  
(Rotationsverfahren: Varimax mit Kaiser-Normalisierung. Rotation in 3 Iterationen  
konvergiert; Absolutwerte unter ,10 werden nicht angezeigt; n zwischen 96 und 258,  
fehlende Werte wurden durch Mittelwerte ersetzt)

Einzelitem	Item-Nr.	Komponente	
		1	2
Organisatorische Rahmenbedingungen der Institution / Praxis (Wichtigkeit)	R_W_1	,526	
Organisatorische Rahmenbedingungen der Institution / Praxis (Zufriedenheit)	R_Z_1		,571
Eigener finanzieller Spielraum innerhalb der Institution / Praxis (Wichtigkeit)	R_W_2	,479	
Eigener finanzieller Spielraum innerhalb der Institution / Praxis (Zufriedenheit)	R_Z_2		,503
Auslastung der Institution / Praxis mit Patienten (Warteliste, ...) (Wichtigkeit)	R_W_3	,545	
Auslastung der Institution / Praxis mit Patienten (Warteliste, ...) (Zufriedenheit)	R_Z_3		,245
Handlungsspielraum während der Therapiedurchführung (Wichtigkeit)	R_W_4	,271	,195
Handlungsspielraum während der Therapiedurchführung (Zufriedenheit)	R_Z_4	,116	,325
Zugang zu einem Computer in der Institution / Praxis (Wichtigkeit)	R_W_5	,581	
Zugang zu einem Computer in der Institution / Praxis (Zufriedenheit)	R_Z_5		,397
Umgang mit Standardsoftware (Wichtigkeit)	R_W_6	,613	
Umgang mit Standardsoftware (Zufriedenheit)	R_Z_6		,493
Wissen über Tests und zum Umgang mit Testverfahren (Wichtigkeit)	R_W_7	,467	
Wissen über Tests und zum Umgang mit Testverfahren (Zufriedenheit)	R_Z_7		,490
Wissen über einzelfallstatistische Auswertung von Therapieerläufen (Wichtigkeit)	R_W_8	,517	
Wissen über einzelfallstatistische Auswertung von Therapieerläufen (Zufriedenheit)	R_Z_8		,568
Durchführung von Dokumentation (allgemein, mit „Papierakten“) (Wichtigkeit)	R_W_9	,431	,157
Durchführung von Dokumentation (allgemein, mit „Papierakten“) (Zufriedenheit)	R_Z_9	,186	,611
Durchführung von Dokumentation am Computer (Wichtigkeit)	R_W_10	,581	
Durchführung von Dokumentation am Computer (Zufriedenheit)	R_Z_10		,460

Anhang M: Rotierte Komponentenmatrix als Ergebnis der Hauptkomponentenanalyse  
(Rotationsverfahren: Varimax mit Kaiser-Normalisierung. Rotation in 3 Iterationen konvergiert; Absolutwerte unter ,10 werden nicht angezeigt; n zwischen 96 und 258, fehlende Werte wurden durch Mittelwerte ersetzt) – Fortsetzung

Einzelitem	Item-Nr.	Komponente	
		1	2
Manuale zur Durchführung einzelner Maßnahmen (Wichtigkeit)	R_Z_11	,352	
Manuale zur Durchführung einzelner Maßnahmen (Zufriedenheit)	R_Z_11		,658
Weiterbildung in Qualitätssicherung (Wichtigkeit)	R_W_12	,550	
Weiterbildung in Qualitätssicherung (Zufriedenheit)	R_Z_12		,578
Durchführung von Fallbesprechungen (Wichtigkeit)	R_W_13	,443	
Durchführung von Fallbesprechungen (Zufriedenheit)	R_Z_13		,581
Supervision des / der Teams (Wichtigkeit)	R_W_14	,235	
Supervision des / der Teams (Zufriedenheit)	R_Z_14		,476
Persönlicher Ansprechpartner zum Thema Qualitätssicherung (Wichtigkeit)	R_W_15	,565	
Persönlicher Ansprechpartner zum Thema Qualitätssicherung (Zufriedenheit)	R_Z_15	-,190	,310
Ansprechpartner in Verbänden zum Thema Qualitätssicherung (Wichtigkeit)	R_W_16	,548	
Ansprechpartner in Verbänden zum Thema Qualitätssicherung (Zufriedenheit)	R_Z_16	-,234	,326
Mitarbeit in Arbeitsgemeinschaften (Wichtigkeit)	R_W_17	,323	
Mitarbeit in Arbeitsgemeinschaften (Zufriedenheit)	R_Z_17		,300
Persönlicher Ansprechpartner zu allgemeiner Praxenorganisation (Wichtigkeit)	R_W_18	,515	
Persönlicher Ansprechpartner zu allgemeiner Praxenorganisation (Zufriedenheit)	R_Z_18		,359

Anhang N: Inhaltlich gruppierte Beurteilungsbereiche aus der Reflexion über Qualitätsmerkmale der ergotherapeutischen Tätigkeit zu Ober- und Unterkategorien

<b>Beurteilungsbereiche</b>	<b>Unterkategorie</b>	<b>Itemanzahl</b>	<b>Beispielitems</b>
(1) Individuum in der Praxis	1.1 Persönliche Kompetenzen	244	Flexibilität, Selbstreflexion, Motivation, Kreativität, Intuition, Engagement
	1.2 Soziale Kompetenzen	73	Einfühlungsvermögen, Gesprächsführung
	1.3 Methodische Kompetenzen	61	Beobachtungsfähigkeit
	1.4 Fachliche Kompetenzen	194	Fortbildungen, Qualität der Ausbildung
(2) Strukturen und Prozesse der Praxis	2.1 Personale Gegenheiten	122	Supervision, Teamarbeit, Arbeitsklima
	2.2 Praxenorganisation	118	Praxenorganisation, Therapieanzahl, Urlaubsregelung, Pausenzeiten
	2.3 Ausstattung der Praxis	146	Therapieräume, Therapiematerial
	2.4 Finanzieller Rahmen	38	Bezahlung, Wirtschaftlichkeit
	2.5 Therapie-merkmale	299	Dokumentation, Befundung, Strukturierung der Therapie
(3) Arbeitsumfeld und Markt	3.1 Patientenorientierung	62	Beziehung Kind – Therapeut, Kontakt zum Kind
	3.2 Elternarbeit	94	Elternarbeit, Kontakte zu Eltern / Angehörigen
	3.3 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	107	Interdisziplinäres Arbeiten, Austausch mit anderen Berufsgruppen
	3.4 Außendarstellung	46	Öffentlichkeitsarbeit, Darstellung nach außen
	3.5 Rückmeldung von außen	12	Kontinuierliche Rückmeldung durch Ärzte
(4) Umwelt	4.1 Privates Umfeld	10	Familie, private Situation
	4.2 Umfeld des Patienten	5	Soziales Umfeld des Patienten
	4.3 Umfeld der Praxis	9	Rechtlicher Rahmen, Gesundheitspolitik
	4.4 Umwelt	4	Wetter, Tageszeit
(5) Sonstiges		15	

## Anhang O1: Rangreihe der Rahmenbedingungen der Institution / Praxis (geordnet nach Wichtigkeit)

<b>Wichtigkeit der Rahmenbedingungen (Rangplatz)</b>	<b>Item-Nr.</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>Standard- abweichung</b>	<b>n</b>
1 Handlungsspielraum während der Therapiedurchführung	R_W_4	4,33	0,65	253
2 Durchführung von Fallbesprechungen	R_W_13	4,12	0,70	254
3 Auslastung der Institution / Praxis mit Patienten (Warteliste, ...)	R_W_3	3,98	0,87	256
4 Wissen über Tests und zum Umgang mit Testverfahren	R_W_7	3,94	0,74	259
5 Organisatorische Rahmenbedingungen der Institution / Praxis	R_W_1	3,85	0,74	258
6 Durchführung von Dokumentation (allgemein, mit „Papierakten“)	R_W_9	3,84	0,77	253
7 Supervision des / der Teams	R_W_14	3,63	1,80	249
8 Eigener finanzieller Spielraum innerhalb der Institution / Praxis	R_W_2	3,56	1,04	242
9 Manuale zur Durchführung einzelner Maßnahmen	R_W_11	3,53	0,94	250
10 Weiterbildung in Qualitätssicherung	R_W_12	3,16	1,03	235
11 Ansprechpartner in Verbänden zum Thema Qualitätssicherung	R_W_16	3,06	1,09	228
12 Wissen über einzelfallstatistische Auswertung von Therapieverläufen	R_W_8	3,04	1,01	236
13 Zugang zu einem Computer in der Institution / Praxis	R_W_5	2,83	1,09	251
14 Mitarbeit in Arbeitsgemeinschaften	R_W_17	2,83	1,12	196
15 Persönlicher Ansprechpartner zum Thema Qualitätssicherung	R_W_15	2,82	1,01	234
16 Persönlicher Ansprechpartner zu allgemeiner Praxenorganisation	R_W_18	2,80	1,14	204
17 Umgang mit Standardsoftware	R_W_6	2,75	1,05	227
18 Durchführung von Dokumentation am Computer	R_W_10	2,47	1,12	234



## Anhang O2: Rangreihe der Rahmenbedingungen der Institution / Praxis (geordnet nach Zufriedenheit)

<b>Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen (Rangplatz)</b>	<b>Item-Nr.</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>Standard- abweichung</b>	<b>n</b>
1 Handlungsspielraum während der Therapiedurchführung	R_Z_4	4,30	0,84	247
2 Auslastung der Institution / Praxis mit Patienten (Warteliste, ...)	R_Z_3	3,86	1,05	249
3 Eigener finanzieller Spielraum innerhalb der Institution / Praxis	R_Z_2	3,38	1,16	226
4 Zugang zu einem Computer in der Institution / Praxis	R_Z_5	3,37	1,28	186
5 Organisatorische Rahmenbedingungen der Institution / Praxis	R_Z_1	3,20	0,97	248
6 Wissen über Tests und zum Umgang mit Testverfahren	R_Z_7	3,10	0,97	243
7 Umgang mit Standardsoftware	R_Z_6	3,09	1,20	156
8 Manuale zur Durchführung einzelner Maßnahmen	R_Z_11	3,08	0,99	225
9 Durchführung von Dokumentation (allgemein, mit „Papierakten“)	R_Z_9	2,96	0,97	247
10 Mitarbeit in Arbeitsgemeinschaften	R_Z_17	2,92	1,13	107
11 Durchführung von Fallbesprechungen	R_Z_13	2,90	1,10	241
12 Persönlicher Ansprechpartner zu allgemeiner Praxenorganisation	R_Z_18	2,76	1,13	99
13 Supervision des / der Teams	R_Z_14	2,71	1,23	170
14 Weiterbildung in Qualitätssicherung	R_Z_12	2,66	0,97	122
15 Wissen über einzelfallstatistische Auswertung von Therapieverläufen	R_Z_8	2,61	0,88	157
16 Persönlicher Ansprechpartner zum Thema Qualitätssicherung	R_Z_15	2,40	1,14	96
17 Durchführung von Dokumentation am Computer	R_Z_10	2,34	1,03	118
18 Ansprechpartner in Verbänden zum Thema Qualitätssicherung	R_Z_16	1,92	0,97	108

Anhang O3: Dringlichkeit notwendiger Veränderungen der Rahmenbedingungen in ergotherapeutischen Praxen (berechnet über Rangplatzdifferenz: Wichtigkeit minus Zufriedenheit)

<b>Rahmenbedingungen</b>	<b>Item-Nr.</b>	<b>Rangplatz-differenz</b>
Durchführung von Fallbesprechungen	R_W_13	<b>-9</b>
Ansprechpartner in Verbänden zum Thema Qualitätssicherung	R_W_16	<b>-7</b>
Supervision des / der Teams	R_W_14	<b>-6</b>
Weiterbildung in Qualitätssicherung	R_W_12	<b>-4</b>
Wissen über einzelfallstatistische Auswertung von Therapieverläufen	R_W_8	<b>-3</b>
Durchführung von Dokumentation (allgemein, mit „Papierakten“)	R_W_9	<b>-3</b>
Wissen über Tests und zum Umgang mit Testverfahren	R_W_7	<b>-2</b>
Persönlicher Ansprechpartner zum Thema Qualitätssicherung	R_W_15	<b>-1</b>
Organisatorische Rahmenbedingungen der Institution / Praxis	R_W_1	<b>0</b>
Handlungsspielraum während der Therapiedurchführung	R_W_4	<b>0</b>
Auslastung der Institution / Praxis mit Patienten (Warteliste, ...)	R_W_3	<b>1</b>
Durchführung von Dokumentation am Computer	R_W_10	<b>1</b>
Manuale zur Durchführung einzelner Maßnahmen	R_W_11	<b>1</b>
Mitarbeit in Arbeitsgemeinschaften	R_W_17	<b>4</b>
Persönlicher Ansprechpartner zu allgemeiner Praxenorganisation	R_W_18	<b>4</b>
Eigener finanzieller Spielraum innerhalb der Institution / Praxis	R_W_2	<b>5</b>
Zugang zu einem Computer in der Institution / Praxis	R_W_5	<b>9</b>
Umgang mit Standardsoftware	R_W_6	<b>10</b>

Anhang P1: Rangreihe der Standardisierungsgrades der Dokumentationsinstrumente in der Institution  
/ Praxis (geordnet nach Modalwerten)

<b>Dokumentationsinstrument (Rangplatz)</b>	<b>Item-Nr.</b>	<b>Median</b>	<b>Modus</b>	<b>n</b>
Tests (Materialien, Vordrucke)	D_S_10	5	5	146
Störungsspezifische Informationsbroschüren	D_S_3	4	4	105
Warteliste	D_S_1	3	3	138
Anmeldebogen	D_S_2	3	3	134
Informationsblätter (Terminabsprache etc.)	D_S_4	3	3	132
Allgemeiner Anamnesebogen	D_S_6	3	3	138
SI-Anamnesebogen	D_S_7	3	3	137
Therapieverträge (Honorarvertrag etc.)	D_S_8	3	3	102
Befundbogen (intern)	D_S_11	3	3	139
Befundbericht (an behandelnden Arzt etc.)	D_S_12	2	3	148
Erstbesuchs/-gesprächsprotokoll	D_S_5	2	1	134
Behandlungsprotokoll	D_S_9	2	1	145
Therapieplan	D_S_13	1	1	129
Abschlußfragebogen (Zufriedenheit mit Therapie etc.)	D_S_14	2	1	25
Abschlußbericht	D_S_15	2	1	126

Anhang P2: Rangreihe der „Transparenzwirkung“ der Dokumentationsinstrumente (geordnet nach Mittelwerten)

<b>Dokumentationsinstrument (Rangplatz)</b>	<b>Item-Nr.</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>Stand.abw.</b>	<b>n</b>
Tests (Materialien, Vordrucke)	D_H_10	1,48	0,76	144
SI-Anamnesebogen	D_H_7	1,50	0,91	132
Allgemeiner Anamnesebogen	D_H_6	1,51	0,84	141
Befundbogen (intern)	D_H_11	1,66	0,92	137
Erstbesuchs/-gesprächsprotokoll	D_H_5	1,69	0,96	135
Anmeldebogen	D_H_2	1,70	1,00	142
Informationsblätter (Terminabsprache etc.)	D_H_4	1,70	0,91	133
Therapieverträge (Honorarvertrag etc.)	D_H_8	1,74	0,99	106
Störungsspezifische Informationsbroschüren	D_H_3	1,75	0,97	117
Behandlungsprotokoll	D_H_9	1,78	1,03	143
Warteliste	D_H_1	1,80	1,11	147
Befundbericht (an behandelnden Arzt etc.)	D_H_12	1,86	1,00	141
Therapieplan	D_H_13	1,87	0,99	131
Abschlußbericht	D_H_15	1,87	0,98	124
Abschlußfragebogen (Zufriedenheit mit Therapie etc.)	D_H_14	2,34	1,19	73